

Abnormal Psychology Casebook

“他们在跟踪我”

变态心理学案例故事

[美] 安德鲁·格兹费尔德 著
石林 等译

世界图书出版公司

并不是你想象的那种分裂

情绪的巅峰与低谷

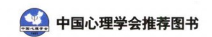
打破性爱屏障

一位寻找出口的女性

正在消失的身体

被误解的所罗门

忧郁地歌唱



指导心理治疗师从容面对棘手案例

帮助普通人深入了解身边的特殊人群

你身边是否有人长期遭受着情绪低落的痛苦，甚至会出现轻生的念头？

是否有人经常酩酊大醉，不知道自己身在何处？

是否有人害怕与人交往，甚至不敢去公众聚集的地方？

是否有人不断地洗手，却无法让自己停下来？

你是否希望他们摆脱困境，却又觉得束手无策？

本书将为你提供最有力的支持！

本书作者作为一名经验丰富的社会工作者和心理学家，从自身经历出发，阐述和解释了多种文化、种族、宗教及社会经济背景下的精神障碍患者案例。本书通过“患者自己的语言”尽可能地重现对事件的原始叙述，并用美国精神疾病诊断与统计手册（DSM）诊断标准进行解释说明。文字清晰易懂，组织形式十分独特，每个案例都从背景介绍开始，并逐步深入，直至这个案例的评价、诊断、治疗方案、可能的药物治疗以及预后，使读者能够得到关于患者的一个更全面、精确的印象。此外，读者还会获得有关心理药物学——一种重要的精神障碍治疗手段的知识。





www.prenhall.com

上架建议：心理学／社科

责任编辑：俞　涛
插　　图：徐寅虎
装帧设计：黑羽平面工作室

ISBN 7-5062-8142-2/R・125
WB8142　定价：36.00元

“他们在跟踪我”

变态心理学案例故事

Abnormal Psychology Casebook

[美] 安德鲁·格兹费尔德 著

石林 等译

图书在版编目（CIP）数据

变态心理学案例故事 /（美）格兹费尔德（Getzfeld, A.R.）著；石林等译. —北京：世界图书出版公司北京公司，2006.5
书名原文：Abnormal Psychology Casebook
ISBN 7-5062-8142-2

Ⅰ.变… Ⅱ.①格… ②石… Ⅲ.心理学 Ⅳ.B846

中国版本图书馆CIP数据核字（2006）第034425号

“他们在跟踪我”——变态心理学案例故事

作　者：Andrew R. Getzfeld
译　者：石林 等
责任编辑：俞涛
装帧设计：黑羽平面工作室

出　版：世界图书出版公司北京公司
发　行：世界图书出版公司北京公司
（地址：北京朝内大街137号 邮编：100010 电话：64077922）
销　售：各地新华书店
印　刷：北京世图印刷厂

开　本：787 × 1092 1/16
印　张：24
字　数：330千
版　次：2006年5月第1版　2006年5月第1次印刷
版权登记：图字 01-2006-0754

ISBN 7-5062-8142-2/R · 125　定价：36.00元

作者简介

安德鲁·R·格兹费尔德在美国瓦莎学院（Vassar College）获得心理学学士学位，在威斯康星大学获得社会工作理学硕士学位，在田纳西大学获得学校心理学的博士学位。他经常在美国心理学会（APA）和美国心理学家协会（NASP）的各种心理学大会上进行演讲，并担任东部心理学会（the Eastern psychological Association，EPA）负责美国国家荣誉心理学会会员（Psi Chi）展板部分的主席。安德鲁目前任教于新泽西城市大学的心理学系。安德鲁感兴趣的领域包括饮食障碍和成瘾行为、变态心理学、儿童发展、精神药理学。安德鲁还是新泽西城市大学美国国家荣誉心理学会会员的咨询师。

译者简介

石林，女，北京师范大学心理学院副教授，在美国华盛顿大学心理学系获得心理学博士。教授课程有社会心理学，健康心理学，环境心理学等。发表过心理学的论文20余篇，出版的著作和译著有《健康心理学》、《压力与健康》、《工作环境中的压力与应对》、《通过个案学习心理咨询与治疗》等。主要研究领域为压力与身心健康。



题献辞

谨将此书献给我的父亲：

罗伯特·B·格兹费尔德。

他无尽的关爱、理解和支持总是不断地推动我激发出自己的潜能。

安德鲁·R·格兹费尔德



译者的话

我应世界图书出版公司之邀翻译了这本《变态心理学案例故事》。本书作者是具有多年咨询和治疗经验的心理治疗师，在书中介绍了心理障碍的众多种类。作者对每一种心理障碍都介绍了两个案例，使读者可以从不同的角度了解某种心理障碍的不同表现。从案例中学习心理咨询和治疗是一种很有效的学习方法，本书内容深入浅出，语言丰富有趣，是一本专业心理学工作者和心理学爱好者都会感兴趣的专业书籍。本书作者对治疗每一种心理障碍的药物也进行了介绍，这是其他介绍心理治疗的书籍中较少见到的，可以让读者对心理药物的作用和副作用有一定的了解。

参与本书翻译的还有北师大心理学院的硕士研究生任海燕、田娟、李佩玲、张德兰、张宏。她们在翻译此书的过程中充分运用了在学校所学的知识，并且也从本书获益匪浅。

石林

2006年5月



前言

变态心理学有很多案例的书。有些已经出版很多年了，经过了多次改版。有些案例书没有包括治疗不成功的患者（有些心理学家使用“来访者”来指患者，对我来说，二者是可以互相代替的）。有些案例书用著名人物作为案例，如杀人王查尔斯·曼森（Charles Manson）、开膛手杰克（Jack the Ripper）、连环杀手杰佛里·达莫（Jeffrey Dahmer）、系列杀人犯西奥多·邦迪（Theodore Bundy）【注1】以及多重人格患者“西比尔”（Sybil）。这些都是令人吃惊的人物，但我的问题是：“如果旧调重弹著名连环杀手的案例，我所要达到的目的是什么呢？”对于查尔斯·曼森，人们有很多的评价方式，虽然今天开膛手杰克仍是一个热门话题。（关于这一点可以问问帕特里夏·康薇尔【注2】——Patricia Cornwell她花了多少钱企图发现杰克的真实身

【注1】查尔斯·曼森是美国20世纪60年代的系列杀人犯和邪教组织者；开膛手杰克是有史以来世界最有名的连环杀手。他19世纪末期在伦敦东区的白教堂地区残暴杀害了5名妓女后突然消失，成为距今为止历史上最受人关注的一大无解谋杀案；杰佛瑞·达莫是美国20世纪60年代的连环杀手。他的名字几乎是连环杀手的同义词；西奥多·邦迪是美国著名的校园杀手，至少杀死19名女学生。于1989年1月24日在科罗拉多州Skarke监狱被电椅处决。——译者注

【注2】帕特里夏·康薇尔是一位颇有名气的犯罪小说作家，在美、英、法都有多次得奖的纪录。2002年她出版了《杀手画像：开膛手杰克结束篇》，指出当时的英国著名画家Walter Sickert便是开膛手杰克，轰动一时。——编者注

份。）我认为变态心理学领域需要一本包括有着不同种族和地域背景的真实个体的书，对于他们人们很容易辨认出来。

作为一名有15年实践经验的心理学家和社会工作者，我有幸遇到过各种各样的患者。学生们常常问我曾经有过多少患者，到今天为止，我已经有了400多个不同的案例！与其他开设私人诊所的心理学家相比这个数字可能不算大。但是当我开始写这本书时，我认识到我有一个很大的样本，其中一些案例就是读者在书中将要看到的。

本书的格式也很独特。每一个案例都尽可能接近患者最初的叙述（所有案例都按照DSM-IV-TR【注】诊断标准给以解释）。这可以让读者通过患者"自己的话"对他或她有一个完整和准确的了解。逐字逐句对学校心理学家来说是一个关键的概念，在本书中我对这一概念进行了运用。在每一个案例的中间都会出现思考题，在各章结束时将对这些问题进行回顾。我建议读者利用这些思考题对所介绍的心理障碍做进一步的思考。这些问题一般没有正确答案。书中还将简要介绍精神药理学（psychopharmacology）这一学科。这个学科是当今管理式医疗（managed care）领域的主要治疗方式，也是对心理健康问题的"权宜应急"。每一案例的这一部分都尽可能是最前沿的知识。

本书每一章介绍两个案例。教师如果不喜欢其中的一个案例，在讲课时可以从两个案例中挑选另一个。另外，如果教师希望对某一心理障碍给予强调，就可以对两个案例都使用，以保证学生的理解和记忆。第11章提供了两个没有解决方案（DSM-IV-TR的诊断）的案例，以使学生可以应用在课堂上所学的知识，通过课堂讨论得到解决方案，解决方案可以在本书的网址上找到（www.prenhall.com/getzfeld）。

在写这本书的时候我意识到，要满足所有的需要是不可能的。除非写一

【注】美国精神疾病诊断与统计手册第4版修订版。——编者注

本百科全书，否则不可能包括DSM-IV-TR诊断标准中的所有类别。我和我的编辑决定，如果读者希望在今后的版本中看到其他心理障碍的分析，可以给我（del238de@verizon.net）或者我的编辑(Jeff_Marshall@ prenhall.com)发电子邮件。我们将根据这些数据来选择案例，或者确定在第二版进行一些修改。如果有很多人需要了解某一种心理障碍，出版社将在本书的网站上介绍更多案例。

最后，简单说几句读者将要看到的治疗方法。本书所选择的治疗方法只代表治疗心理障碍众多方法中的几种。在有些案例中，所选择的方法效果非常好，而在其他案例中则没有什么起色。读者将会看到，在心理学和心理治疗领域中，是不能保证一定会成功的。而当读者完成学业之后，治疗的成功比例将会逐步提高。

这本书的出版经过了很长时间的努力。这本书完成之后，我感到非常骄傲和愉快。我希望听到读者的反馈。告诉我你对书中的哪些部分喜欢，哪些部分不喜欢。在第二版中应该做哪些修改？哪些部分应该保留？我将查看读者发给我的所有电子邮件并且给予回信（可能有时候不能马上回信）。

我的目标是使这一学习过程尽量变得愉快，给读者提供现实生活中各种心理障碍的案例。案例中的人可能年龄与你相仿；有些可能像你、你的家人或朋友。他们都是真实的人有着真实的问题，在多数案例中，他们最强烈的动机是能够有所好转。这些患者希望将他们的故事讲出来，以便其他患者能够从中获益、治疗师设计出更有效的治疗方法，或者研究者进行研究以发现对他们问题的根治方法。在我们读到第一位患者的故事之前，首先对他们表示谢意。

安德鲁·R·格兹费尔德

（Andrew R. Getzfeld)



致谢

这本书得到很多人的帮助和鼓励，才能够顺利出版。如果没有书中描述的病人，该书也不可能成形。正是由于他们分享自身案例的慷慨无私，才有可能让其他患者从中学到很多有帮助的信息。

我希望向以下评论者表达我诚挚的谢意，他们犀利的评论最终帮助此书得以形成。

Joseph A. Davis，圣地亚哥州立大学

Sara Dehart-Young，密西西比州立大学

Elizabeth McPhaul-Moore，皮德蒙特社区大学

Christiane Turnheim，马萨诸塞海湾社区大学

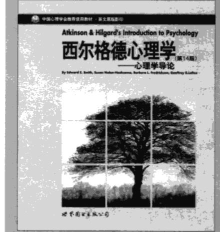
我还希望特别感谢培生Prentice-Hall公司杰出的工作人员，正是他们，冒险给予了我这样一个默默无闻的作者一个机会，一直兢兢业业地帮助我最后成稿出书。感谢Jayme Heffler和我签订了我的第一份合同；特别感谢Stephanie Johnson，在最开始策划该书的困难时期给我提供了精心的指导和鼓励；特别感谢Jeff Marshall，我的编辑，以及Jill Liebowitz，Jeff的编辑助理，他们不辞劳

苦地处理堆积如山的信件，解答无穷无尽的问题，并鞭策我赶在最后期限交稿，对此我感激不已。最后，感谢培生Prentice-Hall公司其他为这本书付出心血的人们：Sheryl Adams和Ronald Fox。还要向Lithokraft公司的Marty Sopher表示感谢：你总是能让我及时了解这本书的状况。

当然，如果没有家人--直以来的支持，这本书也不可能完成。我深深感谢亲爱的妻子Gabriella，还有我们刚出生的女儿Anya Rose Getzfeld，以及我的母亲Paula Getzfled。感谢你们能够忍受我写作不顺时的坏脾气，我总是不停地熬夜，目睹着无数次的日出，为此给你们带来了很多不便。你们还容忍了我试图逃离作为作者、大学教授、丈夫、新爸爸，和儿子的职责。我知道在写书的过程中我不再有趣，但是也是值得的！我将永远感谢已故的父亲Robert B. Getzfled，他总是鼓励我挑战自己，并教导我不论遇到多大的困难，都要坚持下去。这本书是为你们而写的，我的家人！

安德鲁·R·格兹费尔德

世界图书出版公司 心理学英文影印系列



Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology

西尔格德心理学（第14版）

作者：Edward E. Smith, Susan Nolen-Hoeksema, Barbara L. Fredrickson, Geoffrey R.Loftus

书号：7-5062-8218-6/R・123

定价：78.00元

原版书号：0-15-505069-9

出版日期：2006年4月

《西尔格德心理学》是心理学入门级教材的经典之作，被誉为普通心理学的圣经。它以作者多年教学经验为基础而编写，材料新颖，内容丰富，观点全面，并着重启发学生思维，特别适合对初学者的教学和自学。该书历经半个世纪的14次修订，不断充实心理学界新的研究内容和并拓展新的分支领域，以更权威、更现代化的面貌奉献于读者。

本书原作者Ernest R. Hilgard（西尔格德）教授自1928年便在耶鲁大学和斯坦福大学教授非常受欢迎的心理学导论课程。该书最早是1953由其本人编写而成，自1967年修订开始增加各个领域的专家作为新作者对其不断修改完善，本书作者有Edward E. Smith，Susan Nolen-Hoeksema，Barbara L. Fredrickson和 Geoffrey R. Loftus。为了纪念Hilgard对此书和心理学教学的贡献，西尔格德心理学的名字一直延续至今。

本书分概论、基本心理活动过程、心理特征、心理健康与心理障碍、社会心理等五大部分，共计18章。三个观点贯穿全书：1.加强行为的生物学基础；2.在心理学研究中增加进化的观点；3.强调文化影响及其多样性。书中每章均有“概念复习表”，以图表形式帮助学生巩固主要概念并加深理解与记忆。除每章最后的全章总结外，书中增加了阶段小结，对学生整合所学内容并记住重要信息大有裨益。各章都列有重要思考题，并设有以“面面观”（seeing both sides）命名的学术论坛，反映心理学发展的前沿问题，客观地介绍争议双方的论述。

世界图书出版公司　心理咨询与治疗系列



The Artist as Therapist

作为治疗师的艺术家
——艺术治疗的理论与应用

作者：阿瑟·罗宾斯
书号：7-5062-7992-4/R · 120
定价：25.00元
出版日期：2006年4月

在这部经典著作中，阿瑟·罗宾斯探索了艺术治疗师如何将美学和心理动力学整合到治疗过程中。他认为，心理学现象都有相对应的美学部分，将这些元素整合在一起就会推动治疗进程。治疗师内心的艺术家对病人使用的色彩、空间、形和能量适时地做出回应，治疗师运用其艺术家的反应来确定每幅作品的心理动力学含义。罗宾斯提出，美学形式的复杂性说明了发展性问题有多种解决方案，而发展性问题不可避免地和自我分化（self-differentiation）的要求有关。他还强调治疗师的个人内在体验对于心理发展理论的重要性。



Music Therapy in Context

音乐治疗——理论与实践

作者：梅塞德斯·帕夫利切维奇
书号：7-5062-7989-4/R · 117
定价：25.00元
出版日期：2006年5月

音乐治疗运用一切与音乐有关的活动形式作为治疗手段，如听、唱、器乐演奏、舞蹈、美术等，而不只是听音乐。
本书针对当前音乐治疗领域中有关意义的各种争论，广泛借鉴音乐、发展心理学、音乐治疗、心理治疗和音乐理论的最新文献，对音乐治疗理论作出了重要贡献。

世界图书出版公司

心理学咨询与治疗系列

《成为有影响力的治疗师》
作者：Len Sperry, Jon Carlson, Diane Kjos　定价：35.00元　出版时间：2006.05

《做为治疗师的艺术家——艺术治疗的理论与应用》
作者：阿瑟·罗宾斯　定价：25.00元　出版时间：2006.05

《音乐治疗——理论与实践》
作者：梅塞德斯·帕夫利切维奇　定价：25.00元　出版时间：2006.05

《艺术治疗实践方案》
作者：苏珊·布查尔特　定价：25.00元　出版时间：2006.01

《重塑心灵》
作者：李中莹　定价：36.00元　出版时间：2006.04

《NLP简快心理疗法》
作者：李中莹　定价：28.00元　出版时间：2003.10（重印）

《谁在我家——海灵格家庭系统排列》
作者：伯特·海灵格　定价：35.00元　出版时间：2003.10（重印）

《爱的序位——家庭系统排列个案集》
作者：伯特·海灵格　定价：38.00元　出版时间：2005.10

《我该如何停下来——认识和理解冲动控制障碍》
作者：Jone E. Grant, S. W. Kim　定价：25.00元　出版时间：2005.10

《防止青少年自我伤害》
作者：Claudine Fox, Keith Hawton　定价：19.80元　出版时间：2006.01

《爱上双人舞》
作者：李中莹　定价：18.00元　出版时间：2005.01（重印）

《平凡女人，不平凡的生活》
作者：李中莹　定价：18.60元　出版时间：2005.01

《大脑潜能》
作者：尹文刚　定价：22.00元　出版时间：2005.01（重印）

《好脑子，坏成绩》
作者：迈克尔·惠特利　定价：22.00元　出版时间：2005.10

《征服心理测试——应聘中能力和个性测试的应对技巧》第2版
作者：马克·帕金森　定价：16.80元　出版时间：2005.02

《征服心理测试——不同行业心理测试的应对技巧》第2版
作者：萨姆·阿尔加尤卡　定价：16.80元　出版时间：2005.02

世界图书出版公司

心理学英文原版影印及翻译教材系列

《西尔格德心理学》第14版（Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology, 14/e）
作者：Edward E. Smith, Susan Nolen-Hoeksema, Barbara L. Fredrickson, Geoffrey R.Loftus　定价：78.00元　出版时间：2006.05

《心理统计》第4版（Statistics for Psychology, 4/e）
作者：Arthur Aron　Elaine N. Aron　Elliot Coups　定价：75.00元　出版时间：2006.05

《心理学专业SPSS 13.0步步通》第6版（SPSS for Windows Step-by-Step, 6/e）
作者：Darren George　Paul Mallery　定价：42.00元　出版时间：2006.05

《变态心理学与心理治疗》第3版（Abnormal Psychology, 3/e）
作者：Susan Nolen-Hoeksema　定价：88.00元　出版时间：2005.10

《教育心理学》第3版（Educational Psychology, 3/e）
作者：John Santrock　定价：68.00元　出版时间：2005.10

《语言的发展》第6版（The Development of Language, 6/e）
作者：Jean Berko Gleason　定价：68.00元　出版时间：2005.10

《性别心理学》第2版（Psychology of Gender, 2/e）
作者：Vicki S. Helgeson　定价：78.00元　出版时间：2005.10

《变态心理学与心理治疗》第3版　中文版
作者：Susan Nolen-Hoeksema　定价：88.00元　出版时间：2006.08

《教育心理学》第3版　中文版
作者：John Santrock　定价：68.00元　出版时间：2006.08

Reader's Suggestion

读者意见卡

为了使我们能够向您提供更优质的服务，烦请您填写下表后寄回本公司。同时，您将可以定期收到所感兴趣的新书书讯。

您购买的书是：《"他们在跟踪我"——变态心理学案例故事》

您购买本书的方式是：□书店 □网上 □报刊亭 □商场 □其他

您从哪里获得本书信息：□朋友推荐 □报刊广告 □网上 □书店 □其他

您看过本书后，认为：

1、本书选题新颖程度：□新颖 □一般 □不够新颖

2、本书译著者编译水平：□好 □一般 □不好（原因是：　　）

3、本书封面及装帧设计：□好 □一般 □不好（原因是：　　）

4、本书用纸及印刷质量：□好 □一般 □不好（原因是：　　）

您感兴趣的图书类别有：

您是否希望收到我公司的定期书讯：□是 □否

您的建议：

您的姓名：　　年龄：　　职业：　　学历：

通讯地址及电话：

E-mail地址：

请寄往：北京朝内大街137号世界图书出版公司编辑部 邮编100010

世界图书出版公司





目录

第一章　焦虑障碍Ⅰ 1

伴广场恐怖的惊恐障碍

保拉的案例：一位寻找出口的女性 2

问题呈现 2
背景信息 3
思考题 5
评估与诊断 5
病源理论 10
治疗方案 13
预后 18

特殊恐怖症，情景型

罗伯特的案例：焦虑的旅行推销员 19

问题呈现 19
背景信息 20
思考题 22
评估与诊断 22
病源理论 25
治疗方案 27
预后 32
复习和思考题 33

第二章　焦虑障碍 II 35

创伤后应激障碍（PTSD）

莎拉的案例：对童年期性虐待的恐惧 37

问题呈现 37
背景信息 38
思考题 40
评估与诊断 41
病源理论 45
治疗计划 46
预后 51

强迫症（OCD）

芬妮的案例：又一个麦克白夫人 52

问题呈现 52
背景信息 53
思考题 56
评估与诊断 57
病源理论 60
治疗计划 62
预后 65
复习和思考题 66

第三章　心境障碍 67

重性抑郁障碍

艾莉森的案例：忧郁地歌唱 68

问题呈现 68
背景信息 69
思考题 72
评估与诊断 73
病源理论 78
治疗计划 81
预后 90

双相II型障碍

肯的案例：巅峰和低谷 92

问题呈现 92
背景信息 94
思考题 98
评估与诊断 98
病源理论 102
治疗计划 103
预后 107
复习和思考题 108

第四章 精神分裂症 109

精神分裂症，紊乱型

亨利的案例：并不是你想象的那种分裂 111

问题呈现 111
背景信息 112
思考题 113
评估与诊断 114
病源理论 119
治疗计划 122
预后 128

精神分裂症，偏执型

伊恩的个案：“他们在跟踪我！” 129

问题呈现 129
背景信息 130
思考题 134
评估与诊断 134
病源理论 137
治疗计划 137
预后 140
复习和思考题 141

第五章 物质有关之精神障碍 143
酒精依赖
鲁迪的案例："我原以为只有街上的小混混才会成为酒鬼" 144
问题呈现 144
背景信息 145
思考题 148
评估与诊断 148
病源理论 153
治疗计划 155
预后 160
酒精滥用
尚塔尔的案件："我只是偶尔疯狂饮酒" 161
问题呈现 161
背景信息 162
思考题 164
评估与诊断 165
病源理论 167
治疗计划 169
预后 171
复习和思考题 172
第六章 进食障碍 173
神经性贪食
莫丽的案例：我想像戴安娜王妃一样 174
问题呈现 174
背景信息 175
思考题 177
评估与诊断 178
病源理论 181
治疗计划 184
预后 191

神经性厌食

佛洛伦斯的案例：正在消失的身体 192

问题呈现 192
背景信息 193
思考题 197
评估与诊断 198
病源理论 201
治疗计划 202
预后 207
复习和思考题 208

第七章　性障碍和性别认同障碍 209

恋童癖

所罗门的案例：一个长期存在的问题 211

问题呈现 211
背景信息 212
思考题 214
评估与诊断 214
病源理论 218
治疗计划 220
预后 225

女性性高潮障碍

艾米丽的案例：打破性爱屏障 226

问题呈现 226
背景信息 227
思考题 229
评估与诊断 229
病源理论 233
治疗计划 236
预后 240
复习和思考题 241

第八章 发展障碍 243

阅读障碍

蒂莉的案例：特殊需要 245

问题呈现 245
背景信息 246
思考题 248
评估与诊断 249
病源理论 253
治疗计划 254
预后 257

精神发育迟滞

塞缪尔的案例：过多的爱 258

问题呈现 258
背景信息 259
思考题 261
评估与诊断 262
病源理论 264
治疗计划 267
预后 269
复习和思考题 270

第九章 发展性障碍 271

品行障碍

伯纳德的案例：失去控制 273

问题呈现 273
背景信息 274
思考题 275
评估与诊断 276
病源理论 279
治疗计划 281
预后 286

注意缺陷多动障碍

杰奎琳的案例：容易分心 288

问题呈现 288
背景信息 289
思考题 291
评估与诊断 291
病源理论 295
治疗计划 296
预后 300
复习和思考题 301

第十章 人格障碍 303

边缘型人格障碍

丽萨的案例：高空走钢丝 304

问题呈现 304
背景信息 306
思考题 309
评估与诊断 309
病源理论 313
治疗计划 315
预后 319

反社会人格障碍

亚当的案例：只是连续作案的恶魔？ 320

问题呈现 320
背景信息 321
思考题 324
评估与诊断 325
病源理论 328
治疗计划 331
预后 333
复习和思考题 335

第十一章　运用你所学的知识：埃斯特尔和戴安的案例 337
介绍 337
个案一：埃斯特尔的案例 339
问题呈现 339
背景信息 340
评估与诊断 343
思考题 344
个案二：戴安的案例 345
问题呈现 345
背景信息 346
评估与诊断 347
思考题 350
复习和思考题 350
参考文献 361

第一章

焦虑障碍 I

由于焦虑障碍（anxiety disorders）非常常见，因此在随后两章中我们将讨论四个案例。在有些情况下焦虑障碍能够得到很好的治疗。根据美国心理健康研究所（National Institute of Mental Health，NIMH）近期的报告，在美国大约有14%的人口遭受焦虑障碍的困扰。我们所要讨论的第一个障碍，伴广场恐怖的惊恐障碍（Panic Disorder With Agoraphobia），“仅仅”困扰着2%的美国人口。然而，恐怖障碍（Phobic Disorders）困扰着8%的美国人口。可以说我们生活在具有恐怖障碍的人群中。由于2001年9月11日恐怖分子的袭击，以及害怕美国政府对伊拉克发动战争进行报复，估计这些数字还会增加。

许多恐怖障碍的积极一面是它们对治疗反应很好，是可以根治的。但是，伴广场恐怖的惊恐障碍很难治疗，可能需要药物的干预。我们首先来看保拉的案例[注]。她开始是出现了惊恐障碍（panic disorder）的症状，后来又发展成广场恐怖（agoraphobia，害怕开阔场所）。我们将在罗伯特的案例之后进行总结，他表现出常见的恐怖症，而这种障碍困扰了很多人！

【注】为了保护隐私，本书中所有案例当事人的名字都做了变动。——作者注

伴广场恐怖的惊恐障碍

保拉的案例：一位寻找出口的女性

问题呈现

保拉是一位27岁的白人女性，居住在一座大城市里。保拉保持着单身，她从未结过婚。大学毕业后，保拉一直在一所大型金融机构中担任证券和债券交易员。“我获得了经济学的学士学位，毕业那年的经济状况很好。当时这家公司到校园里去招聘人员，他们对我很满意，于是我就被聘用到这里工作了。”保拉“对公司很忠诚，从毕业后一直为公司工作。有时工作时间非常长，我为此付出了巨大代价！好在他们能够付学费让我去读MBA。我正准备开始读书时，我的问题开始变得严重起来。”

保拉身高168cm，戴着眼镜，有一些瘦弱。她能够很好地与人进行目光接触，却情感淡漠（blunted affect），但在治疗时总是显得很紧张。例如，每次疗程开始时，她的眼睛中总是流露出恐惧的神情，就像“一只被聚光灯捉住的小鹿的眼神。我知道自己感到害怕时是什么样子。”她很少笑，看起来总是很紧张。我们注意到她的手总是去检查脖子上的脉搏，或者是放在心脏部位检查心跳。每次疗程这样的行为都要出现大约 4 次。保拉不戴首饰，只是手腕上有一个带有ΨBK联谊会【注】徽章的小手链。

【注】英文全称为 Phi Beta Kappa，是美国的一个荣誉团体的名称，成立于1776年。该团体的格言是“哲学是人生的导引”，此格言由三个希腊词组成，每个词的第一个字母分别是Phi Beta Kappa，凡在大学学习成绩非常优异的学生，将被选入该团体做成员。——编者注

我们向保拉询问了一些情况，以及她来这里的原因。“原因吗，如果你认为自己不停地出现心脏病发作和头晕的现象，你也会来寻求帮助的。最近我的心脏总是跳得很快，感到头晕、胸疼、喘不上气来。我觉得自己要死了，世界末日就要到了。我曾经几次被送入急诊室，每次他们都告诉我问题出在我的脑子里，我的身体什么问题都没有。我看了一位心脏病专家，做了心电图，他发现我的心脏没有任何问题。他也告诉我问题出在心理上。他让我进行催眠和放松训练，减少咖啡摄入，也可以进行一些锻炼，比如练瑜伽或太极。他还建议让我减少在家里与妈妈相处的时间。

“我觉得有一些担心，因此下一次心脏病发作时我去看了另一位医生。他说得和前一位医生一样，告诉我要多放松。他还给了我一些阿普唑仑（**Xanax**，又称**Alprazolam**，一种抗焦虑药物）帮助我放松。我吃了不少这种药，它真让我麻醉过去了。我就像是一具能走路的僵尸。这个药很有效果，但是我由于在用药期间不能工作，一旦停止服药，心脏问题就又出现了。我母亲和我的好朋友很担心，让我找人看看。我的家庭医生建议来找您，这就是我为什么来这儿的原因。我需要让我的问题得到控制和解决，我不敢停用阿普唑仑，因为这药先前有效果。我开车时不能吃这种药，但愿我的问题有一个合理的答案。”

背景信息

保拉的母亲是一个家庭主妇，父亲有一家汽车店。他“在我毕业不久就去世了。他知道我有了工作，至少在他活着的时候他就知道了。他死于充血性心力衰竭。我希望这种病没有家族遗传。我父亲有一笔很大的保险金，当我们将父亲的生意卖掉之后，我母亲的生活就有了保障。她有绘画的爱好，并将画卖给附近的一家商店。她画得很好。”保拉是一个独生女，但这也有一个故事。

“我有一个弟弟，他出生时身体非常虚弱。他有先天性心脏缺陷，以及其他先天缺陷，我不想谈论这些。他3岁时去世。医生尝试了各种方法，但都无力

回天。他的先天缺陷在出生之前没有被检查出来。我们对此感到很生气，想要起诉医生。我的父亲是一个软弱的人，他说把这事忘掉继续生活吧。我的父母尝试再次怀孕，但是没有成功。他们对弟弟的去世非常伤心，因此无法考虑领养另一个孩子。他们不想等至少5年。我的母亲现在还受到这件事情的影响。”

保拉的发展状况良好，只有一个例外。“我4岁时开始阅读，他们认为这有些早。他们把我放在学校里一个特殊班上，我总是读得最好。我仍然喜欢阅读，这可能是我的眼睛为什么这样不好的原因。我父亲是一个数学天才，我母亲，她是家里富有直觉的人。” 保拉与母亲住在一起，“为了照料她和看着她。”

保拉在疗程开始时心不在焉，她说“可能是因为三个原因：工作太辛苦，时间太长；我住在家里；我的问题使我无法经常出去。我的问题时好时坏，最近特别严重。我不知道发生了什么。我已经不喝咖啡了，但这让我发抖，总是感到很疲倦。很难不喝咖啡。我还戒掉了烟，以为这样会有帮助。这确实有帮助，只是一点点。”这时保拉马上要流泪了，但是没有流出来。

我们又问了保拉一些更多的家庭背景。“我母亲身体有一些问题，和心理没有关系。她父亲的父亲，来自波兰，有严重的酗酒问题。除了这以外，就没有其他问题了。我父亲也是一样，没有心理问题。他的身体很差。我小时候他从来没有生过病。到50岁时一下就完了！突然一切问题都出现了。他得了癌症，然后是肺气肿，然后是心力衰竭。他总是说吸烟导致了他的病情发作，但是他的家里也有一些人得了癌症。他的母亲死于乳腺癌，父亲死于结肠癌。我的前景很悲观，这是我戒烟的原因之一。我不喝酒。我的遗传基因够坏的了。”说到这里保拉不愿继续说下去，她说，她“需要一些新鲜空气。如果可以的话我下周再来。”我们正要回答时她就跑出了办公室。那天稍后一些时间她打电话来确认下周的预约。

看起来保拉的问题似乎很清楚。她觉得自己有心脏病，但是所有医生都告

诉她是心理问题。他们没有发现心脏有什么问题。如果我们就此而止，我们可以做出相当肯定的惊恐障碍诊断。然而，当你读完这本书之后，会知道很少有案例会在开始时表现出它的全部。心理学家和其他助人的职业专家在进行诊断之前要尽量收集信息，而且在案例的治疗过程中不要担心去修改已做出的诊断。让我们休息一下来考虑几个问题。

思考题

1. 保拉出了什么问题？
2. 还有哪些其他的生理原因可以解释保拉的行为？
3. 保拉看起来是一个非常聪明的女性。这样聪明的人怎么会有心理疾病？
4. 保拉的家族史有多重要？
5. 保拉的工作压力很大。这与她的症状有什么联系？

评估与诊断

对保拉的评估是通过一种非结构式诊断访谈和一个心理评估进行的。使用非结构访谈的优点在于治疗师不被限制于提问固定的问题。这种方式允许很多变化，因此很多治疗师都很喜欢。新的治疗师或实习生喜欢结构式诊断访谈，因为那种形式对他们的压力较小。

第二周保拉又来了，她说“很抱歉上次的事情。你们问到了一些敏感区域，我感到四周的墙好像都挤了过来。我觉得好像被扼住了喉咙，所以我要再预约治疗。我现在可以面对那些问题了，那么开始问吧。”我们向保拉问了更多问题，以弄清某些情况。请你看一看她的回答是否让你对她的情况了解得更清楚。

我们首先让她告诉我们第一次惊恐发作开始于什么时候。"嗯，如果你们称它为惊恐发作的话，大约是在我刚刚开始上大学的时候。那时的功课和男朋友，让我感到很有压力。我没有好的宣泄渠道，没有好的支持系统。我在家里总是受到宠爱，所以我经常回家。学校离我家只有90英里，回家的火车很准点。我上的大学很小，人们都互相认识。而我毕业的中学则是一个很大的学校，因此如果我想让自己不被人注意我就可以藏起来。"

"父亲得病后情况就变得更糟。我总是为他担心，害怕他会早早死去，当然这确实发生了。他没有活着看到我的成功（她说到这哭了起来）。他的生活很苦，又突然得病，失去了唯一的儿子。生活真是不公平"。我们让保拉平静了一会儿。如果有人在治疗室哭泣，就应该让他哭下去，不要试图阻止他。患者哭过之后通常会感到好一些。一般来说新的治疗师在看到患者哭泣时会感到害怕。自然的方法就是让患者感觉好一些，并尽快让他们止住眼泪。保拉用了三分钟平静下来，抽吸着鼻子，含着眼泪继续说道：

"我也能够感觉到我弟弟的死。很长时间我都会避开别人。我们不相信心理治疗，所以我们就相互帮助。我父亲的生意也不好，然后又发生了这事……怪不得他会生病。约翰（她的弟弟）死后我的惊恐发作就开始了，但不像现在这样糟糕。当然，因为我父亲死于心脏问题，所以我有心脏问题也有道理。

"我会逃出学校。在发言或者是同一个新的男友约会之前我会头晕、出汗。在我还是处女的时候也发生过这种状况。这起码是逃避困难问题的一个不错的方法（笑）。但我还是认为我有心脏问题。我工作后问题更严重了。"我们请保拉详细说明这一点。

"我的工作压力很大，因此我会头晕、昏倒，在工作时惊恐发作的次数更多了，有时在家里也发作。真正的问题开始于去年的一天。我在工作时发作了一次。一位同事约我出去，由于回来晚了而错过了一位重要客户。我受到了批评，但是责任在客户。当时我的老板面色铁青，我害怕了，于是我又惊恐发作

了。我感到头晕得快要昏倒了，就跑进了卫生间。同事们看见了，也跟着我进了卫生间。我的秘书拿了一块凉毛巾敷在我的头上，带我去了公司的医生那里。医生把我送进了急诊室，因为他不想出什么意外。结果当然是他们告诉了我那些我经常听到的话，‘小姐，你什么问题都没有，回家找一位心理医生’。然后，我回了家，请了两天假。我很害怕，因为以前从未有人见过我惊恐发作。

“后来甚至到了需要我母亲送我到车上，然后接送我上下班的程度。我开始避开人多的地方，像电影院、社交场合。我知道如果需要迅速离开一个地方该怎样做。我已经检查了这里的所有出口。我母亲就坐在外面的候诊室，以防我又出问题。我必须请病假，因为我现在的情况太差，没有办法工作。现在我很难离开家。你们不知道我要付出多少努力才能开车到这里来。现在我母亲开车，因为我没法开车。如果我在开车时发作了就会害死我们两个人。

“我已经停止工作很长时间了，我很害怕如果一直请病假他们将开除我。但是我不能回去工作。我的惊恐发作在工作时最严重，尽管我很喜欢我的工作。我不能在那里再来一次发作。人们会嘲笑我，‘看看残废的保拉，又开始了。这是一个交易员吗？最好让她去发信。’你们不知道那里的情况。不管我怎样努力，我都越来越难离开家。而且发作并没有消失。”（她又开始哭泣。）

我们问她是怎样应对这些问题的。“由于惊恐发作问题我的体重减轻了，虽然我母亲是个很好的厨师。从我在工作中‘被发现’后，我很少离开家，到现在已经瘦了9公斤。这可以让我的身体变得苗条，但是我吃得不多。母亲就是我的生命。现在没有男人愿意接近我。我不能独自一人，我还得照看我母亲。我想过用其他方法应对。”你们能猜出是什么方法吗？

“我试过喝酒。喝醉后能够有一些帮助，但是我那个样子怎么能去工作？喝醉后第二天我感到自己像个废物，但是当我清醒后又会发作。我服过康泰克

（Contac，一种非处方过敏药／抗组胺药，这类药通常会使人昏昏欲睡），但是这种药让我太麻醉。我没有办法解决瞌睡的问题，而且康泰克让我便秘。同时我还有排尿困难。于是我想出一个解决方法，我想最终我会杀了自己。”她的目光坚决，仿佛盯着什么东西在看。这时她并没有在意我们的反应。

我们需要在这里停顿一下。有些患者有自杀的思维和倾向，但很少会有真正的自杀行为。不管怎样，只要听到患者提到自杀，都需要立刻考察，以确定这是否是一个真正的危险。对于症状得不到缓解的患者或症状引起长期生理或心理痛苦的患者来说，自杀的想法并不少见。有时这些人会尝试以任何方式来摆脱疼痛，而自杀有时又似乎是唯一的方式。我们请保拉详细说明她的想法。

“我决定，当我完全不能工作、不能约会或者不能开车时，就结束自己的生命。我无法再忍受痛苦，而且我在伤害我的母亲。生活没有意义，活着没有意义，而且太费劲。我恨我的生活和我自己。我是一个软弱的女人，在一个愚蠢的问题面前让步。这是不是很糟糕？我父亲如果活着一定会杀了我。因此我决定要这样做。”然后我们又问保拉她是什么时候有这些想法的，她是否有个计划，这些都是很重要的问题。

“这是大约4个月之前的事。我打算服下一瓶阿司匹林。我在某个地方看到过阿司匹林很容易服过量，而且没有痛苦。因此我就想那样做。我只要躺在我的房间里，放上一张悲伤的唱片，然后服下所有的药，就可以永远睡着了。我决定在母亲外出购物时做这件事，这样她回来时一切都结束了。我下定了决心，一切都准备好了。我给母亲写了一封长长的充满爱意的信，告诉她我是多么抱歉，她一定会对我很失望。”

显然，保拉改变了注意。我们需要发现她改变主意的原因。“原因？我的母亲和父亲。我父亲牺牲所有一切……他的生命……来养育我，不是为了看到我因为一个没有人能知道答案的愚蠢问题而自杀。我知道如果我自杀了，我将会下地狱。但是我希望死后能够去天堂和父亲、母亲和弟弟在一起，而不是在

地狱里。我看起来是一个胆小鬼，不能面对自己的脆弱。我的父母不想让我成为那样的人。我没有自杀以及我为什么会在这里是因为我的母亲”。她又开始哭泣，停顿了一会儿又继续说了下去。

“我在想如果她不再为我的问题担心也许会对她有好处。我因为害怕惊恐发作都不敢出门是个什么状况？如果我死了是不是一切都容易了？我反复考虑了一下，认识到如果我这样做将会给她造成很大伤害，她有可能会自杀。早早失去一个孩子，失去丈夫，然后再失去最后一个孩子……没有人能够承受这些，没有人。我永远不能离开我的母亲。在我的生活中这一次我没有自私。我爱我的家人，但是我没有能很好地对待他们。

“我把这一切都告诉了母亲，她很担心但没有震惊。她说：‘保拉，现在我们必须要找个人看看了。和医生说说你的情况。我已经很长时间不过问你的生活了。在情况彻底恶化之前，让我们去寻求帮助。我带你去。如果需要，我可以付费’。这就是我母亲。我说过她就在外面等着我吗？”

然后我们又问了保拉从那以后她是否还有过自杀的想法，更重要的是，是否有过自杀计划。“我曾经有过想法，但决不会做什么。我没有计划。我不会被送进地狱。我不想伤害母亲。为了不再伤害我的家庭，我愿意承受任何痛苦。因此，从那之后没有发生任何事情。我讨厌感到自己是一个失败者，讨厌不能控制自己的身体。我确实需要帮助。我就是不知道该做什么。自杀不是答案。”我们告诉保拉如果在治疗期间再出现自杀的想法就立即给警察或给我们诊所打电话。我们这个诊所每周7天，每天24小时都有一位治疗师电话值班。我们认为对于自杀行为和想法宁肯过于谨慎小心，而不能放任不管。

保拉结束与我们的初步门诊评估后又与精神科医生见了面。我们认为精神科医生会同意我们的初步印象，事实确实是这样。我们的意见总结起来是：“保拉患有伴广场恐怖的惊恐障碍。她有很长的惊恐发作历史，导致障碍性躲避行为，如躲避约会和社交场合，现在她也不能去工作了。保拉仍然认为这些

问题与心脏有关，因此我建议与她的家庭医生和心血管医生联系，以及她曾经看过的、还有相关记录的私人医院进行联系。保拉现在没有自杀倾向，目前自杀不是一个威胁。她应该每周进行一次心理治疗，在两周之内再来一次，看看后续情况的发展。如果有需要，就更早些时候过来一次。”后来的情况证实了精神科医生的诊断，这个诊断也我们的一样，看看你是否同意这个的诊断：

伴广场恐怖的惊恐障碍 300.21【注】

病源理论

关于焦虑障碍有许多病源理论（theoretical etiologies，假设原因或起源），许多理论需要进行进一步的研究。弗洛伊德由于治疗焦虑障碍而出名，今天许多治疗师仍然支持心理动力理论。鉴于弗洛伊德的大师地位，我们先从他的观点谈起。

弗洛伊德和他的追随者将焦虑看做是警告信号，预示着危险的或有威胁性的本我冲动（性冲动或攻击冲动）将要进入意识中。为了防止这种情况的发生，自我就要启动它的防御机制，个体将尽最大努力躲避他所恐惧的事物或情景。当专门谈到惊恐障碍（panic disorder）时，弗洛伊德可能会说由于攻击或性的本我冲动太接近心理的意识部分，心理（psyche）受到很大压力于是就会出现惊恐发作。当出现压抑时惊恐就会减轻。在本书中我们将会看到，精神分析理论很难进行准确的研究，因此今天人们对这一理论的信任度是比较低的。

学习（或行为）的病源理论对于焦虑障碍的解释比较简单：恐惧和焦虑是习得行为，它通过经典条件反射或者操作性（工具性）条件反射而获得。在经典条件反射中，一个以前的中性刺激如蜘蛛或蟑螂与厌恶的事件联系起来时，

【注】美国精神障碍诊断和统计标准（DSM-IV-TR）分类号，本书中所有诊断分类号都是根据这个标准。——译者注

就获得了负面价值。如果蜘蛛咬了小男孩，而且还在他的身上织网（这不太可能发生，除非是在电影里），这一理论模型就认为这个小男孩可能会患上蜘蛛恐惧症。如果一个成人在吃苹果时弄断了一颗牙，苹果就可能成为习得的恐惧。

习得的恐惧也可能来自于操作性条件反射。焦虑的减轻负性强化了躲避行为（当某行为与摆脱厌恶刺激相结合，为了摆脱厌恶刺激，将会导致该行为增多，此时就发生了负性强化）。如果一个人害怕见牙医（这有一定道理），躲避牙医可以消除焦虑，因此躲避行为就被负性强化了。达尔文主义者指出人类生来就会害怕某些可以伤害我们的物种，如蜘蛛和蛇。这称为先天条件反射（prepared conditioning）。最后，惊恐发作还被看做是微妙的环境线索引起的。但是学习理论不能也没有解释所有的焦虑障碍和它们的病理。

最后两个理论包含许多概念。由于篇幅关系，我们只对它们给予简单介绍。认知心理学家的理论是错误的思维方式可以导致焦虑障碍。阿尔伯特·埃利斯（Albert Ellis）是这一概念的倡导者。埃利斯的理性情绪疗法（Rational Emotive Therapy，RET）指出人类的麻烦来自于非理性的信念和想法。例如，人们可能具有承诺恐惧，因为人们认为在婚姻中他们（还有婚姻）必须十全十美。只要有一点不完美就是失败。这样的人肯定会失败，因为生活中没有十全十美！埃利斯将注意力放在这些非理性信念上，与患者一起改变这些信念，从而行为也将改变。保拉就具有这样的非理性信念，因为她认为，她不能去工作是由于同事看到她的惊恐发作，因此会认为她是神经病。

患有焦虑障碍的人可能会误解他们在一个情境中产生的恐惧。女性害怕生孩子或害怕羊水诊断是因为她们感知到与这二者相联系的巨大疼痛。事实上，尽管传说在羊水诊断中使用的针很长，但是许多女性并不认为这一检查有多么痛苦。然而，这种不断增加的恐惧导致了躲避行为，却无法教给个体怎样来应对这些情况。

对于威胁过于敏感是焦虑障碍的一个关键症状。患有恐惧症的个体每天都会看到威胁或危险，而这些一般来说都是安全场所（如桥梁、隧道、街道）。我们天生就会对某些情境谨慎小心，达尔文认为正是因为这样我们才能生存。例如，我们倾向于躲避黑暗的地方，因为黑暗中可能潜伏着危险（Bouton，Mineka，& Barlow，2001）。Clark（1996）认为患有恐惧症的个体对于危险情境过于敏感，因此也会反应过度，在没有危险的地方也会看到危险。这就是说，这些人可能是以警觉的方式来解释正常的生理反应，将这些反应看做是灾难将至的信号。这样，他们就会体验到惊恐发作，当"恐惧的"情景再次被体验时这种反应也会再次发生。

研究也开始证实生物因素在焦虑障碍中起着重要的作用，特别是在惊恐障碍中。这样的理论非常复杂，所以我们将简要介绍一下。遗传在焦虑障碍中似乎也有一定的作用，特别是在广场恐怖和惊恐障碍中（Barlow，2002）。我们似乎天生就有紧张的倾向，我们还继承了恐慌的倾向。基因易感性不一定会引起惊恐发作，但是会让个体更容易患上这种疾病。

伽马氨基丁酸系统（GABA system）也起着一定的作用。伽马氨基丁酸是一种能够抑制神经元不再受到周围已激活神经元影响的神经递质，特别是能够减轻焦虑。这里的假设是当伽马氨基丁酸水平很低时，神经元频繁被激活，就会导致更多的焦虑。用来治疗焦虑障碍的一组药物（苯二氮，benzodiazepines，如安定，Valium）是用来激活伽马氨基丁酸系统，以使焦虑水平下降。然而，伽马氨基丁酸系统以及这一系统的功能不良并不直接与焦虑障碍相关，但肯定对此有影响。惊恐障碍特别是与耗尽的5-羟色胺水平有关，由于一些抗抑郁药（如赛乐特，Paxil，又称帕罗西汀，paroxetine，和左洛复，Zoloft，又称盐酸舍曲林，sertraline）对于治疗惊恐障碍似乎有效，因此这一假设可以得到支持。帕罗西汀和左洛复对于治疗伴广场恐怖的惊恐障碍和不伴广场恐怖的惊恐障碍都是被批准的。

最后，最近一些惊人的研究也指向惊恐障碍的生物原因。患有惊恐障碍的人在面对生物上的危险情境时焦虑会增加，如血液中的二氧化碳水平增高或出现过度换气。Klein（1994）认为脑缺陷将导致个体更容易恐慌，更有可能误解与窒息有关的线索如二氧化碳水平增高。克莱恩将这种现象称为呼吸警觉（respiratory alarm），这将导致惊恐发作的症状：过度换气、心跳加快、恶心、潮热或发冷。人们对这一理论既有支持也有反对意见。

总之，了解焦虑障碍病源的最好方式是将生物和心理理论结合起来。认知和学习理论得到了支持，生物理论也得到了支持。这种整合的方式将很好地为治疗师服务，也更适合于研究者。研究者目前正在进行进一步的研究，我们激动地等待着研究的结果。

治疗方案

我们决定对保拉采用个别治疗，在后来的阶段可能采用家庭治疗。对于伴广场恐怖的惊恐障碍不适宜采用团体治疗。让保拉这样的人走出房门已经很困难。诊所的医师都认为把她放在团体里将会带来毁灭性的后果。我们还通过在每次疗程中检查她是否再次出现自杀思维和行为来监控这个问题。在治疗开始时我们发现了有关保拉的一些关键性的背景信息。保拉告诉我们：“我母亲，她对治疗完全支持，想要与你们谈谈以提供给你们更多信息。我告诉她这一切都能帮助到我。可以让她进来一次吗？”我们这时暂停下来，问了一下诊所的督导，因为这样做可能会造成潜在的利害冲突。督导说没有关系，诊所的政策并不禁止这样做。所以我们把保拉的母亲请到了治疗室。她的母亲告诉了我们什么呢？

“我年轻时有过惊恐发作。（保拉很震惊，她想说些什么。）保拉，让妈妈对医生说。我看了一些书，了解到可能就是惊恐发作。这种状况开始于我十几岁时。我出现心悸、头晕、出冷汗的症状，有时会晕过去。当然那时医生告诉我

是心脏有问题，诊断是心律不齐。他们还告诉我，因为我是一位女性，可能对某些情境过分敏感。我的生活很正常，当我遇到我已故的丈夫时这些症状就消失了。他非常照顾我，让我感到很安全，很自信，症状再也没有出现过。我知道这些症状的原因在我的脑子里，因为医生们没有发现我的心脏有任何问题。我的心脏非常强健，也没有心律不齐。那时候如果一位女士出现惊恐发作，人们会说她'晕倒了，精神忧郁'等等。没有人明白这是怎么回事。我只知道当我遇到杰克后这些发作症状就消失了。奇怪的是，他去世后这些症状也并没有再次出现。我必须看好保拉和自己。我想我是幸运的。”她母亲身上出现的这种自然康复的现象，之前我们也有所耳闻。当然我们没有办法证实这些，因此在接受这一信息时我们需要谨慎。至少这使保拉的情况更清楚了一些。

然后保拉说，“妈妈，我很伤心你以前从来没有告诉过这些。你知道你本可以帮我减少多少麻烦吗？这一切都没有理由。（她这时开始大叫并用手指着她母亲。）如果不是我需要你带我回家，我就会把你推出去，让你走着回家。”她的母亲离开了，在楼外等着保拉。

保拉继续说：“我不知道该说什么好。这太意外了。我想这有点道理。我的这些问题肯定是有原因的。”我们告诉保拉焦虑障碍，特别是惊恐障碍，可能具有遗传因素，而且在女性中更常见（APA，2000）。“这不解决什么问题。我们现在有一些与我的症状有关的重要问题需要面对。”我们这次疗程在这里停止了，保拉生气地走出了我们的办公室。可以听见保拉和母亲在等候电梯时吵架的声音。这是保拉最后一次邀请她的母亲来参与治疗，她的母亲再也没有来过。

在以后几次的个别治疗的疗程中，我们监控着保拉的自杀想法和惊恐发作。保拉告诉我们她不再有自杀想法，特别是她在治疗中认识到“自杀是多么愚蠢”之后。她的惊恐发作频次有些下降，在这个时候她又来到了精神科医生那里进行后续的第二次复查。这一次她决定服用左洛复（Zoloft，又称盐酸舍曲林，sertraline），我们先前提到过的一种抗抑郁药。左洛复用于治疗抑郁障碍

（一种心境障碍，Mood Disorders），也可用于治疗惊恐障碍。左洛复比丙咪嗪（Tofranil，又称imipramine，抗抑郁药物）起效快，有较少的副作用，但是在75%的服用者中会引起性功能障碍（性欲降低、性快感缺乏、阴茎持续勃起）。“我很不愿意吃药，但我要试试这种药。你们要知道我没有抑郁症，所以我怀疑这药是否有用。但是我需要把问题一次性解决，所以试试吧。”

在本书中我们将要介绍的一些心理障碍，其最有效的治疗方式是心理和生物方式的结合，即在服药的同时进行心理治疗。这种方式认为大多数（如果不是所有的）心理障碍的病源都有着生物和心理／环境的原因，又称为相互影响方式或整合方式，对于治疗惊恐障碍很有效。我们帮助保拉了解其惊恐发作的起源，帮助她认识到这些发作意味着什么以及会产生什么影响。我们还帮助保拉应对生活中的压力。我们运用了催眠疗法、逐步肌肉放松技术（progressive muscle relaxation thechniques）和认知重建来帮助保拉。这些方法属于认知行为技术，如果运用得当并且运用一段时间是十分有效的（Barlow，Gorman，Shear，& Woods，2000）。随着治疗的进行保拉获得了很好的进展。

“催眠和放松确实有帮助，但是最好的帮助是终于认识到这些发作不是心脏病发作，认识到我没有发疯或神经错乱。我可以控制它们，而不是让它们控制我。压力在残害我的生活：工作压力、希望遇到一个好男人、我母亲、账单、我父亲的死……所有这些事情让我疲惫不堪。我周末的时候都是在家里赶工作或是陪伴母亲。这不是生活！”当惊恐发作又出现时保拉开始能够比较从容对待，现在发作次数已经大大减少。“左洛复效果很好。现在很少发作了，因此我可能很快会停药，因为心理治疗也有很大帮助。”

“我现在知道了惊恐发作是什么，它代表了什么，以及怎样应对。我现在也能出门了，这是最难的。药物和心理治疗确实有帮助。我看到我没有太多的发作，因此可以冒险自己出去，结果成功了！有了第一次就容易多了。就像骑马。只要骑过一回，以后就容易了。这样我的压力减少了很多，最后我能够自

己开车去超市了。那真是很难！但是没有惊恐发作，于是我决定给老板打电话，告诉他我一个星期内回来工作。我一直在家里工作，但是他们要我回去。这可是真正的考验。”

保拉也经受住了这个考验。她学会了怎样控制压力，当惊恐发作出现时她知道该怎样应对。“我知道我没有发疯，知道自己再也不需要完美了。如果对母亲或工作……或对任何人说‘不’都是可以的！如果感觉到惊恐发作即将出现时，我知道应该对自己说什么。”根据诊所的要求她没有停药，直到正式结束心理治疗。在结束治疗时保拉对我们说“我现在不需要这种药了，但是如果我需要，我知道在哪里可以弄到。催眠和放松技术和药一样管用，而且对我的健康害处更小！”

保拉持续治疗了7个月。她的母亲再也没有回来参与过家庭治疗，但是保拉告诉我们“不用为此担心。我们仍然很爱对方，但是我需要在没有母亲的帮助下自己来对付这件事。我需要成长，妈妈也需要。我打算有足够的钱以后搬出去，买一套公寓，我母亲对此很赞同。我要和她住得很近，但是又需要一些分离。我们已经在一起生活了27年，这可能是我惊恐发作的部分原因。”她说到这里笑了起来。

“在周末时我还更多地和朋友一起出去，试着见一个很好的男人，但那是另外的问题。我以为我的惊恐发作有多么可怕！我的广场恐怖也得到了控制。仍然会有广场恐怖的感觉，但是像惊恐发作一样，它已经没有那么严重了。我可以应对这个问题，包括恐惧和恶心。我为此感谢诊所和自己。我现在只需要康复。”我们运用了逐步暴露技术来治疗保拉的广场恐怖。她在渐进的方式下逐步暴露到引起她广场恐怖和惊恐发作的真实生活情境中，而当她发现惊恐发作并没有出现，这样她就能够自由进入这些场景了（如她的车、工作等等）。她让她最好的朋友吉尔帮助她。最终吉尔离开了，让保拉独立完成这些练习。

保拉的心理治疗在7个月后结束，她付出了很多的努力取得了很好的进步。

“这么多年来我才认识到我有心理疾病，而不是生理问题。心理疾病可以复原，我也许很幸运。我肯定心脏问题治疗起来更加困难，危险性也更大。”

前面我们谈到了抗抑郁药，以及左洛复和帕罗西汀在治疗惊恐障碍上的有效性。丙咪嗪是一种三环类抗抑郁药，对于治疗惊恐障碍也很有效。丙咪嗪有两个问题：一个是在它出现临床疗效之前需要一段时间，另一个是它潜在的副作用。考虑到这些原因，保拉的精神科医生不希望给她开这种药。此外，患者服药之后需要花一段时间等待药效发挥作用，其副作用可能会使患者停止服药。丙咪嗪和其他一些三环类抗抑郁药的副作用中还包括有镇静、昏睡、性欲下降以及反副交感神经生理的副作用（anticholinergic side effect）。反副交感神经生理的副作用包括便秘、视力模糊、混淆、记忆力减退、低血压（Maxmen & Ward，1995）。多数副作用在一两周后消失。许多副作用还被称为抗组胺剂效应（antihistamne effects），因为这些副作用与非处方过敏药如康泰克所产生的副作用类似。对抗抑郁药物产生依赖性的可能性很小。

如前所述，较有效的抗抑郁药包括左洛复和帕罗西汀。这些都是选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（selective serotonin reuptake inhibitor，SSRI）。它们的副作用比丙咪嗪小，起效快，因此可能被较长时间服用。左洛复对保拉来说效果不错。

另一类可以考虑的药物是抗焦虑药。这类药物有阿普唑仑和安定（地西泮，diazepam）。美国食品和药品管理局（FDA）最近批准将阿普唑仑作为治疗伴广场恐怖的惊恐障碍以及不伴广场恐怖的惊恐障碍的药物（Bezchlibnyk-Butler & Jeffies，2002）。阿普唑仑比丙咪嗪起效快，而且副作用较小。不过，阿普唑仑也有自己的一些问题。

首先，阿普唑仑与抗抑郁药不同，它有很高的药物依赖性。第二，像阿普唑仑这样的抗焦虑药在突然停药或长期服用之后会出现嗜睡和戒断症状。最后，在服用阿普唑仑时如果饮橙柚汁（或食用其他食品）将会提升阿普唑仑的

血液水平，也就是说感觉到身体内阿普唑仑的量比实际服用的量要多（Bezchlibnyk-Butler & Jeffies，2002）。

总之，我们所讨论的这些药物都是有效的，但是每一种药都有其需要注意的地方和副作用。精神科医生需要决定哪一种药对患者最合适。

预后

保拉的预后被评为“良好”（good）。她能够再次回去工作，将惊恐发作降低到“可以对付的程度。我现在可以对付这些发作，也不被困在家里了，我不再是一个情感上和精神上的残废了。”在被焦虑障碍困扰多年之后，保拉对导致她惊恐发作的原因有了更深的认识，并且能够接受她父亲和弟弟的死亡。她意识到母亲对她是多么重要，但是没有重要到可以限制她自己的生活的程度。她努力让自己好转和获得更深的理解，“因为我必须好起来。我的生命之路还很长。”

我们告诉保拉，很快停用左洛复会比再服用更长一段时间更容易产生病情的反复（Bezchlibnyk-Butler & Jeffies，2002）。保拉对此进行了考虑，不久她回到诊所来看精神科医生，也顺道看了我们，并告诉我们：“我决定不能冒险，所以我要继续服用左洛复。我讨厌这些药，但是我不能回到原来的样子，绝对不能。”

后来保拉换了另外一位精神科医生，她仍然在服用左洛复，“没有什么大问题。”她告诉我们对她的心理健康的最大考验是2001年9月11日那天，“我感到非常虚弱，几乎要回来见你们。但是我知道我必须坚强，为了自己和妈妈。我坚持住了，但是很难。我已经为此付出了这么多，不能再让一些原始的疯狂毁掉我的进步。”保拉仍然在“寻找一个好男人，但是我还年轻，还有很多时间。我仍然住在家里，解决这些问题还有时间。我的母亲吗？她很好！她比我还有精力！”看起来保拉的康复进展得非常不错。

特殊恐怖症，情景型

罗伯特的案例：焦虑的旅行推销员

问题呈现

罗伯特是一位33岁的白人男性，结婚5年。他在一所著名的大学获得化学学士学位和法律学位。“我通过法律资格考试时遇到了困难，考了两次都没有过，不过第三次成绩非常好。这对于我非常重要。我不喜欢在任何事情上失败两次以上。”罗伯特为一家大型医药公司工作，“我喜欢这份工作。我是一个销售代表，了不起的药品推销员（笑）。我周游美国各地的分销处，访问医生、医院和诊所。我为所有的客户，通常是医生，提供文献和很多免费样品。当然我也给他们一些小礼品：笔、笔记本等等好东西。目的当然是让他们使用我们的产品。我在这方面很成功。我想可能是我法律方面的说服技能让他们愿意使用我们的产品。当然我们的产品非常不错。”

罗伯特身高180cm，卷曲的头发已经有些变灰。他戴着眼镜，态度友好，有着奇特的幽默感。罗伯特很瘦，但是有一点肚子，“吃巧克力太多！我喜欢吃甜食和蛋糕。我可以告诉你最好的蛋糕店在哪儿。我知道所有的蛋糕店！”罗伯特能够非常好地和人进行目光接触。他很健谈，很快地回答出我们的所有问题。罗伯特来的时候带着他的公司身份卡。

我们问罗伯特为什么来这里。“啊，基本上是两个原因。第一，我上飞机

越来越困难了。刚开始是轮船，然后是飞机。我可以开车，因为我必须得开，但是一上飞机我就有一种噎住的感觉。由于这种情况太严重，我只好将工作限制在一小部分地区。我可以坐火车但不能坐飞机。最近，我坐电梯也开始有些困难了，所以我几乎总是爬楼梯。谢天谢地我们只是在四层！我不知道要是不在四层我该怎么办。”

“另一个问题是我开始怯场。问题越来越严重。我以前从来没有这个问题，但是近来我在介绍我们的产品时居然会忘记关键的细节。这非常糟糕。我想我可能经常这样，特别是因为我妻子弗兰，一直让我减少一些旅行。但是如果我一直这样，别人会笑话我，公司也不会不管。我觉得当我在宣传产品时，就会有噎住的感觉，然后就想逃出那个地方。我告诉他们是因为最近的飞机失事我才害怕飞行的。”（根据罗伯特的请求，为了保密，飞机失事的日期不能暴露）。“他们可以接受这个说法，这也确实是真的。当我坐飞机时就感到很接近那种感觉，然后就会出现我说的那个问题。他们不知道是什么原因引起的问题。你飞得越多，越有可能掉下来。但最大的问题是怯场。我认为这很不正常。”

背景信息

罗伯特和弗兰有一个2岁的儿子汉克。“太让人惊讶了。我仍然不能相信我是一个父亲了。我们没有费很大劲，看看来了什么。他真是一个折磨人的小东西。我不喜欢出差，没有时间和他在一起。但是我需要工作来养家。弗兰在一座大都市的非盈利机构工作，因为要照顾汉克她只工作半天。她不想辞掉工作，我们也需要钱来付养育费。”罗伯特说他和弗兰“婚姻很幸福，但是像其他人一样，我们也有我们的问题。”

罗伯特的成长经历没有什么特别；他的发展状况良好。在大学里罗伯特成绩很优秀，毕业时平均成绩3.6分（最高分4.0），他还是一名优秀毕业生。“我

在学校很努力，因为我是家里第一个上大学的人。这就是为什么我继续读法律的原因，因为我要让家里为我感到骄傲，为家庭争光。当然我对法律也很感兴趣。学法律挣钱很多，另外，有多少学化学的人学法律？我希望为医药公司做法律顾问，因为工资高，并且适合我的专业背景。

“但是，当我进入到这一行以后，很快就认识到法律不适合我。我开始出现一些问题，因此我想一定是和工作有关。我的问题越来越严重，因此我决定改变职业，成为一名销售代表。我想这就像一个英语专业的人去争取心理学的硕士学位。公司对于我的改变没有意见，我想他们一定是知道我是多么的棒（笑），他们对很多优秀的员工都这样。你只需要承诺你会一直为他们工作，这点我做到了。这个工作很有意思，它让我有安全感，而且工资不错。如果他们需要我仍然可以为他们提供法律咨询。我通常都是在出差的路上，这就是我来这里的原因之一。弗兰对于我出差太多不满意，但是她对我挣的六位数工资很满意。”

罗伯特的父母是来自俄罗斯莫斯科的移民。“我父亲还在世，但是母亲三年前去世了。她患有严重的心绞痛，死于心力衰竭。在生命的最后几年，她活在痛苦中。我父亲已经自己生活了三年，他过得还可以。他是个混蛋，从军队退伍回来之后有所好转。他是个老兵，曾经在部队打过仗。那真是个噩梦。他有时会谈起这些。我儿子喜欢他。我希望我的母亲能够活到现在看到我儿子。”

罗伯特报告说他的家族中没有精神疾病的历史，“但是也可能有不知道的事情。父亲从来不怎么谈论他的家庭，也许是他不记得了。俄国人那时没有很好的档案，父亲说他再也不回莫斯科了。我们不知道他的父亲发生了什么事情，父亲是和他的母亲、哥哥姐姐来到美国的。我母亲的很多信息都被她带进了坟墓。她也不想谈论这些。我想这是受文化的影响。”

罗伯特有一个姐姐莫丽。“莫丽从未上过大学。她高中毕业后不久就与阿

瑟结婚了。阿瑟是一个企业家。他们过得很好，因此她不需要再上学进行学习。莫丽住得离我们很近。她有两个女儿，一个住在这里，另一个最近搬到了佛罗里达。莫丽似乎从来没有过心理或严重的生理问题。我想我是家里第一个有这么多麻烦事的人。”（笑）

思考题

1. 罗伯特出了什么问题？
2. 对罗伯特的担心与他没有通过法律资格考试之间的关系进行讨论。
3. 罗伯特儿子的出生与他的担心之间可能会有什么关系？
4. 弗兰让罗伯特减少出差的“压力”可能和他对飞行的害怕有关系吗？
5. 飞机失事与罗伯特的担心怎样联系在一起？

评估与诊断

对罗伯特的评估是通过非结构式诊断访谈和心理治疗评估进行的。另外，我们让罗伯特进行一次彻底的体检。这出于两个原因：第一，他已经6年没有进行过体检了，这对于一个男性来说并不少见。第二，我们希望确定他身体上没有任何问题。他所描述的“噎住”的感觉可能会是生理问题。不管怎样，我们希望确切地了解他的情况。

我们进一步询问了罗伯特以对他的恐怖症有更清楚的了解。我们让罗伯特更详细地介绍一下弗兰对他的工作所给予的压力。“嗯，最近也发生了这种情况，特别是当我们的孩子出生以后。问题是什么？弗兰希望我总是在家，不愿意让我出差。我的工作不可能这样的。我只能辞职，或者是坐办公室，过着痛苦的日子，或是再做律师的工作。我不能做律师，因为我讨厌律师工作。这就是现在的情况。我们因为这个吵过很多次。我们在电话里吵，到了周末，我们都需要休息的时候还继续吵架。像很多人一样，吵架的原因围绕着时间和钱。

我做这个工作是为了我们儿子的未来。弗兰应该明白这一点。”

然后我们问罗伯特他的问题是否在母亲去世后更加严重。“那段时间对每个人来说都很艰难。我和母亲很亲密，但糟糕的是她还从没来得及见过我的儿子。这当然让我更加焦虑和抑郁。我仍然坚持上班，把事情做好，介绍产品的工作实际上更容易些。它让我从悲伤中转移出来。但是我和弗兰仍然有这些争吵。我能告诉你们的就是这些。”我们问罗伯特在出现这么多问题时他的性生活如何。

“嗯，当然不是最好。我们仍然做爱，但好像是……被强迫的，好像我们做爱是为了告诉自己一切都正常。就像是作为结婚的人，这是我们的责任。但性生活不是很频繁。一周工作下来我很累，弗兰失去了她的主动性。我们不想弄得天翻地覆，你知道我是什么意思。但是我们一个月大约会有一次。”这些新的信息能够让你进一步了解罗伯特到底出了什么问题了吗？

下一步我们将注意力集中在罗伯特明显的幽闭恐怖症（害怕处在一个封闭的狭小空间里）上。注意有时候害怕飞行可能就是幽闭恐惧症的反应。罗伯特似乎有这个问题，因为他不只是害怕飞行，而且还害怕船和所有封闭的空间。“我说过，我总是有一点害怕飞行。你飞得越多越有可能出事。但是最近这种情况更糟了，特别是飞机失事之后。我想起飞行就会感到恶心。我的老板对此表示理解，但是他上星期跟我说让我最好去寻求一些帮助，不再害怕坐飞机，否则就会把我降职或开除。至少我在看医生时他们是不会这样做的。（从法律上，他们不能这样做。）

“飞机失事后弗兰又开始使劲不让我坐飞机。你们知道她整天唠叨的就是这些，‘你是一个父亲了，我无法一个人养大这个孩子。’等等。实话说，我以前还从来没有像现在这样害怕过坐飞机。对电梯的恐惧发生在对飞机的恐惧之后。如果我不是被封闭起来，生活就轻松很多。我需要很多空间才能感到舒服。我现在过桥也感到困难，然而我住的地方就有一座桥，这成了一个大问题。”

到这里为止看起来罗伯特似乎患有特殊恐怖症，情景型。罗伯特了解到他的恐惧是没有道理的，它们妨碍了他的生活，特别是婚姻和事业。我们所见到的特殊恐怖症是幽闭恐怖症。在下一次见面之前，罗伯特进行了体检，如我们所猜想，他的医生没有发现任何能够导致他现在这个样子的身体问题。“他说了一些平常的话，让我减轻一点体重，进行锻炼，但一切都很好。浪费时间和钱。”（笑）

我们将注意力转向罗伯特的怯场问题，这可能是另一种恐惧。“怯场一直都有。我在法学院进行演讲和以后演讲的时候，我想办法控制了它。我天生是一个害羞的人。我知道，我知道……那我为什么要选择推销作为职业？我喜欢这个工作，我喜欢人。我只是不喜欢在公众面前把事情办砸。我父亲是一个完美主义者，他希望我们也是这样。我谴责他这一点。但这确实是一个问题。”我们问他怯场问题从什么时候又开始出现，而且变得更糟。“嗯，从我母亲去世，我们的儿子出生开始。弗兰的唠叨让情况更糟。我看到这些事情之间的联系。好像她希望我把事情弄得一团糟，而我已经弄得一团糟了。如果由于这个问题我被开除，我们就会失去房子，但是我将会回到家里！”他说到这里讽刺性地笑了起来。

我们询问罗伯特是否有一种特殊情境会让这种状况变得更糟。看起来我们好像是在“纠缠”罗伯特，如果可能的话，试图发现患者何时出现症状及症状的原因是非常重要的。“正如我说过我从来不喜欢讲演，这是我为什么通过了律师资格考试后而没有从事律师工作的原因之一。当我讲演时我特别紧张。通过律师资格考试后，咨询顾问这样一个工作让我感觉好一些，但是我认识到法律并不适合我。我的怯场问题减轻了，因此我才有可能成为销售代表。其间发生了一件事情可能让事情变得更糟。

“我已经做了7个月的推销工作，有一次我推销的是一种新产品。这是一种治疗肥胖的‘神奇产品’，公司要求我去一所医院的减肥门诊处进行推销。我

很兴奋，当然也对材料了如指掌。一开始我做得很好，但是那里的一名住院医生简直是个混蛋。他一直问一些不可能的问题，当然，我不是一个医生。最后，我都气晕了，大脑一片空白，产品内容也都不记得了。他开始冲着我大叫，说我不够专业，然后怒气冲冲地出去了。单位主管为他的行为向我表示了歉意，并且保证他会受到严厉的惩罚。这没什么关系。那次事件以后我开始怀疑自己的能力，开始怀疑自己。我从来不愿意被人批评，特别是在公共场合。在这件事上，我遭受的批评是毫无理由的，因为我在产品介绍之前对产品了解得很清楚。那件事以后，似乎就再也没有好起来过。我想大概就是从那个时候开始的。

“我知道我的行为没有道理。为了工作、婚姻我需要得到帮助，特别是为了我的儿子。我将做一切我所需要做的事情；告诉我应该做什么。我不能再这样下去了。生活失去了乐趣，而作为一个年轻的父亲生活应该充满乐趣。”

我们觉得已经对罗伯特的情况有所掌握，但是他还需要先进行精神科评估，我们还要举办一次案例会诊，诊所里所有的专业人员都将讨论他的情况。精神科医生：“……与罗伯特交谈很愉快。他是一个对自己的问题有较深认识的人，他好像知道问题的病因。他认识到他的行为是不理智的，似乎非常需要帮助。目前还不需要进行药物治疗。如果他要考虑抗焦虑药的话他将会进行预约。”然后精神科医生给出了诊断。在案例会诊中呈现了精神科医生的报告，其他医生也同意我们的印象以及精神科医生的诊断：

特殊恐怖症，情景型	300.29
排除社交恐怖症	300.23

病源理论

在保拉的案例讨论中，我们对焦虑障碍的可能病因做了深入分析。而涉及到特殊恐怖症和社交恐怖症时，还会有另外的病源假设，下面我们将集中介绍

这一部分。罗伯特可能患有的幽闭恐怖症，一般比其他的恐怖症出现得较晚，而多数恐怖症出现在童年时期。恐怖症的产生易于理解。当个体第一次遇到某个物体时体验到极度的恐惧和生理唤起，几乎类似于（但不是）惊恐发作。下一步是试图逃离当时情景的强烈愿望，并在今后避免再次进入这样的情景之中。在罗伯特的个案中，他的恐惧严重影响着他的生活，直至他因为恐惧改变了生活方式，甚至面临着失去工作的危险。情景型恐怖症如幽闭恐怖症也有着相似的成分，但是障碍本身是否是遗传的，还是具有先天素质（diathesis）目前尚不清楚。

我们怎么能够辨别出罗伯特没有惊恐障碍？让我们假设他的惊恐发作只是与产品介绍或坐飞机有关，而与其他情况无关（将他的反应称为惊恐发作有一些夸大）。那么我们可以确切地说他没有惊恐障碍。然而，如果在特殊恐怖情景之外他也会惊恐发作（在公众场所里、与汉克在公园里，等等），那么就可以诊断他为惊恐障碍。

我们注意到，有些研究认为特殊恐怖症来自于直接的体验。罗伯特被噎住的感觉一开始可能是真实的，可能发生在某次乘坐飞机的过程中或在一次讲演中。特殊恐怖症也可以由于看见他人体验极度的恐惧（“恐怖因素”的一个概念）、体验到惊恐发作或是关于某一情景的一场虚惊、或者是被告之某一种特殊危险（几年内不要去阿富汗或伊拉克）。如果在某一情景中发生了未曾预料的惊恐发作，那么这一情景在将来就会与惊恐发作联系起来成为恐怖的情景。

人类对某些情景似乎容易产生先天的恐惧（至少是害怕或小心）。研究表明对蛇、高处、飞行的害怕是最常见的恐惧，因此也成为最常见的恐怖症。达尔文主义者可能会说这些恐惧是与生存和适应相联系的。由于蛇可能使人中毒，因此所有的人怕蛇是有道理的；我们应该小心高处，因为我们可能会从高处摔落，使自己受到伤亡。

个体还需要对此类事件再次出现的可能性建立焦虑。在美国，人们对于下

一次恐怖袭击的发生时间有着较多的焦虑。如果一个人的生活被这种焦虑完全改变，那他可能就患有恐怖症。

我们还需要考虑社会和文化因素。在我们的文化中男性"不应该"有恐惧行为。男性应该强大以表现出"男人味"；害怕或恐惧会让一个男人看起来很软弱。在一些文化中对魔法、精灵或其他鬼怪的害怕心理视为正常，因此在诊断恐怖症时要考虑患者的文化背景。

治疗方案

特殊和社交恐怖症的一个好的方面是它们比其他类型的心理障碍容易治疗。试图去发现恐怖症什么时候开始出现，对于治疗任何一种恐怖障碍都很有帮助。通常都会有一个突发事件。了解这个事件并不能保证成功的治疗，但是会提供给医生较多可以运用的信息。

诊所决定让罗伯特进行个别治疗。如我们所知，罗伯特很愿意参加治疗，以使他"可以得到治愈，或得到控制。我会尝试任何事情，如果需要的话甚至可以吃药。我自己都可能找到合适的药！"（笑）治疗特殊恐怖症最好的方式之一是运用系统脱敏技术（systematic desensitization techniques），在这个个案中可以在治疗师的监督下使用有结构的暴露练习。如果没有监督，罗伯特可能会练习得过多过快（我们觉得他会这样做，因为他如此强烈地想要快速好转），而其结果却是躲避恐怖情景，使躲避行为得到强化。

系统脱敏法的理论是让患者逐渐暴露于引起恐怖的刺激中；对于罗伯特来说，就是封闭的空间。我们讨论了罗伯特的恐惧，开始给他呈现电梯、拥挤的办公室、飞机的照片，让他告诉我们看这些照片时他的感觉是什么。"这些照片让我很紧张。我想象着位于这些地方，浑身出汗，好像要出现惊恐发作。我紧张不安，感到害怕"。在下一次疗程中我们给他呈现同样的一组照片，他说，"我感

到好一点了，因为在这两次疗程之间我告诉自己我对照片的反应——照片！——是愚蠢的。我现在可以对付这个了。”

下一步我们让罗伯特想象自己在一个封闭的空间中，可能不是他能够想象出的最差情况。然后询问他的反应。“嗯，我又感到很恶心。我不喜欢这种感觉。我有生动的想象力，看起来很真实。我在试着阻止这种反应。”我们休息了一下，然后开始教罗伯特渐进性肌肉放松技术（progressive muscle relaxation techniques）。这种放松技术通过练习可以学会。我们的目标是让罗伯特在出现幽闭恐怖的感觉时使用这种放松技术。我们用了好几次疗程的时间，让罗伯特想象最开始他感觉紧张的情景，同时对他进行了这种放松练习。

“这个技术挺有用的，但是不像我希望的那么快。现在，在6次疗程之后，我可以想象一些容易的情景同时保持放松。但是比较难的情景比如坐飞机还是很困难。我喜欢使用放松技术时的感觉。”我们仍然用这种方法对罗伯特进行治疗。最终，我们让他暴露在一个非常幽闭的情景，我们诊所的电梯中。我们让电梯停了下来，电梯门关闭着。罗伯特告诉我们“我感到恐慌，不过还没有晕过去。我运用了放松和深呼吸技术，好像起点作用。说心里话，我很惊奇。”罗伯特在他的好朋友迪克的帮助下，在治疗之外的时间里进行了多次这样的练习。“他是一个最好的人。我不想让弗兰来帮我，因为她会催促我，如果我失败了还会批评我。”当罗伯特攻克了电梯之后，在迪克的帮助下又暴露于越来越有威胁的情景，直到他在工作过程中感到舒适，最终在飞机里也感到舒适。“我永远不会在飞机里感到完全放松，但人们说如果飞行是完全安全的，我们就不会害怕飞行了。因此我想我的害怕是有理由的。”

通过暴露练习罗伯特还认识到电梯很少造成威胁，飞机和船也是一样。阿尔伯特·埃利斯会把罗伯特以前的信念称为非理性的，因为这些想法没有什么道理。换句话说，罗伯特和其他患有恐怖症的人一样，夸大了他的焦虑和恐惧。罗伯特的治疗目标之一是让他直接面对他的恐惧和所害怕的情景。逃避只

能使情况更糟。

那么罗伯特的社交恐怖呢？在我们教给他放松技术使得他的幽闭恐怖症有所好转时，社交恐怖也有所好转。接下来你将会看到，罗伯特还采用了一个关键的治疗建议。我们让罗伯特不断进行暴露练习来攻克他的社交恐怖。首先他要在一个假想的人面前进行讲演，然后是假想的一小组人，最终是想象成面对着众多的听众。我们对罗伯特的演讲练习进行摄像（当然是得到他的允许），这样可以对他的非言语行为给予反馈。从录像带上看出罗伯特在排练时非常紧张，不停地出汗，目光接触比较差。当他攻克了第一步后，又开始为真的听众讲演，首先是为诊所的工作人员讲演。

我们用的是同样的步骤。罗伯特首先排练了一下，然后面对我们演讲，然后是面对诊所里所有的心理治疗师演讲，然后面对所有的医生，最后是面对诊所里所有的职员。演讲过程很短，而且录了像。“我注意到一开始我出了很多汗，但是随着人数的增多，我却不那么紧张了。深呼吸很管用，事先练习一下也很有帮助。”

“我想我的社交恐怖与幽闭恐怖症是有联系的，也与弗兰不断抱怨我出差太多有关系。我似乎是在自我毁灭，但是弗兰会很高兴看见我回家。我运用了我所学到的技术，在给同事讲演之前我演习了讲演稿。这对我帮助很大，因为他们指出了我讲演时的错误和讲演风格的问题。我讲得更好了。但是症状的改善来自接下来的一周，我又能够开车了。不过我还没有彻底好转。”你们认为发生了什么情况？

理想的情况下，应该让罗伯特进入一个认知－行为群体中以治疗他的社会恐惧。他将和其他患有社交恐怖症的个体在一起，这类群体的关键目标是在每个人面前排练他们所害怕的情景。同时，治疗师关注于认知重建，改变关于那些让人感到恐怖的社会情景的错误认知和害怕心理。这些错误认知是自动式或无意识的。我们的诊所没有这样的小组，如果我们有的话，罗伯特将是一个理

想的成员。也许这样的小组对于罗伯特来说不会带来很大的差异。**Hoffman**和**Barlow**（2002）最近发现基于暴露的演习，比认知治疗更有效，因此更重要。而罗伯特正是进行了基于暴露的演习。

下一周罗伯特告诉了我们他的讲演。“演讲进行得很好。我有些紧张，害怕会忘掉什么，让别人冲我大叫。因此我停顿了一下，喝了一点水，放松了10秒钟，然后继续。这使讲演进展得容易一些。我还是受到了批评，但是后来我认识到，他们是在批评产品，而不是我！这对我很有帮助。正如你们所说，我对很多事情都有误解。我想下一次会更好。”

罗伯特的进步没有让我们感到意外。当一位患者像罗伯特一样有治疗的动机和理解力，有效的治疗应该很快就会起作用。由于我们也使用了认知、行为和认知－行为技术，我们预期很快能够见到效果。如果没有积极的变化出现，治疗师应该改变干预方法。最后，我们要讨论的问题是罗伯特对弗兰的担心。

“是的，弗兰还是在给我压力，但我至少是开始恢复了。弗兰不想来见你们。她讨厌治疗师，认为你们都非常奇怪。她对我说这是我的问题，我们家里的问题不应该说出来，我们可以自己解决。我理解她，但是她太傻了。如果我们需要治疗，我知道该怎么办。弗兰在许多方面都很不成熟。成为母亲也没有改变她的这一点。”

罗伯特的治疗持续了4个月。“我认识到我那愚蠢的恐惧，特别是社交恐怖来自哪里。我需要较长的时间来应付幽闭恐怖症。我要确保在结束这里的治疗之前我基本上已经好了。如果一个月之后我又回来说‘我结束得太早了，实在不好意思’真让人尴尬。至于弗兰，她还是那个样子。她仍然对我不满意，我确实认为我们需要婚姻治疗。我对她说如果她不改变的话就会伤害我们的婚姻和儿子。我们的性生活也不怎么样。我决定找一个人每个月照看我的儿子一个周末，这样我们可以单独出去。我希望这样能够有一些帮助。她就是不肯妥协。”

在治疗进行了4个月之后，我们感到可以让罗伯特离开了。精神科医生认为罗伯特在他的第一次精神科咨询之后就不需要再次咨询了。“我将要再次乘飞机旅行了，我已经很长时间没有坐飞机了。我很害怕，但也很激动。这次是去旧金山，而且，弗兰和孩子也一起去。我们自己花钱，使这次旅行成为工作休假。我们会让你们知道情况如何。”

我们在前面介绍了抗焦虑药，以及这种药的一个亚型，苯并二氮（benzodiazepines，具体为阿普唑仑，Xanax）。这类药中还有安定（地西泮）和劳拉西泮（Ativan，又称lorazepam）。这些药物可以有效地减轻焦虑，可能会对罗伯特有帮助。它们起效快，然而，却有一些严重的问题。

首先，这些药物有很高的成瘾性，因此可能造成戒断症状。第二，抗焦虑药是用于短期治疗，且不能频繁服用。换句话说，因为它们有很高的成瘾性，所以个体可能会在生理和心理上对它们产生依赖。这样，一个问题得以治愈，却有可能出现另一个问题。这些药物有时可能会引起患者瞌睡、无法集中注意力（这很有意思，因为有严重焦虑或恐怖症的人通常很难集中注意力思考）、引起中枢神经系统损伤。因此，在服用这些药物时不能开车。我们可以给罗伯特开安定，但是他为了保住工作而必须开车，所以这会引起问题。

精神科医生一般不太愿意给患有惊恐障碍的人开抗焦虑药，这是有理由的。这些药物很有效，但是它们的药物依赖性和副作用同样需要注意。另外，罗伯特不愿意服用这些药。因为他是医药公司的销售代表，他比其他人更了解药物。

受体阻滞剂（Beta Blockers，降低血压和心率的药物），如普萘洛尔（Inderal，propranolol）对于治疗焦虑障碍似乎也很有效，有些专家认为也可以成功治疗社交恐怖症（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。但是这种药物在这一领域的有效性尚未达成一致意见。普萘洛尔目前并不是社交恐怖症的推荐药物。

我们在前面提到赛乐特（帕罗西汀），一种SSRI抗抑郁药。这种药最近被美国食品和药品管理局（FDA）批准为治疗社交恐怖症的药物。但该药的问题是一旦停止服用就会出现症状反弹。另外，所有的药物都只是针对症状进行治疗，而不是针对引起症状的问题和原因。研究数据初步表明，在有些情况下，和单胺氧化酶抑制剂（Monoamine Oxidase Inhibitors，MAOIs）同一类别的抗抑郁药可以有效治疗社交恐怖症（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。但是一些专家对MAOIs治疗社交恐怖症的有效性仍持有保留意见（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。

预后

罗伯特的预后被评为“良好”。他在治疗中进步非常显著，从治疗开始他就表现出很好的领悟力。他认识到“我的许多行为都很愚蠢”，他具有很高的动机要“有所好转，在这个问题上我没有什么选择”。在我们最后一次接触中，罗伯特进行了他的飞机旅行，虽然有一些困难，但是“我解决了这些问题。我喝了很多矿泉水，有几次由于使劲我几乎扭断了弗兰的手。我又开始坐飞机了，尽管还不是很适应。我在逐渐逐渐地回到以前的生活中去。我快好了。”他和弗兰在商量再要一个孩子，但是“弗兰对于我的工作还是抱怨。现在她开始全职工作了，她也说不了太多了，是不是？我不能够在多次出差的同时又要一个孩子。但是我现在很好。我希望几个月内我会完全恢复正常。”罗伯特有很大的进步，我们告诉他，如果需要我们的帮助，我们永远欢迎他。

复习和思考题

保拉

1. 对于保拉你会有什么不同的治疗吗？
2. 保拉的母亲没有参加治疗是否很重要？
3. 说说你对在保拉治疗中使用药物的看法。
4. 助人者这一行业认为对于有些障碍最有效的治疗方式是药物和心理咨询的结合。你认为呢？
5. 你怎样对待一位自杀患者？
6. 你怎样处理保拉和其母亲之间的问题？

罗伯特

1. 罗伯特这样一个患者是否具有代表性？毕竟，他治疗的动机强烈，并且悟性很高。
2. 罗伯特的领悟与他的问题是否有关？为什么？
3. 谈谈你对罗伯特飞行恐怖的解释。
4. 你认为罗伯特的恐惧对他的儿子会有什么影响？
5. 讨论一下你是否会“强迫”弗兰和罗伯特一起过来治疗。



第二章

焦虑障碍II

在心理学的焦虑障碍中，我们认为本章探讨的两种类型最引人关注。在美国，创伤后应激障碍（Posttraumatic Stress Disorder，PTSD）影响着大约8%的成年人（APA，2000）。这是一个令人惊讶的比例。随着9·11事件的出现，对PTSD的研究显得更为重要。自从恐怖袭击之后，PTSD的发生率有了明显的增长，这种情况在纽约市和华盛顿特区的居民中尤其明显。为了协助PTSD的治疗，各种形式的自救小组和工作坊日渐兴起，作者也曾收到过许多关于参加PTSD会议的传单和邮件。美国心理学会与探索／健康频道联合推出了一个叫做“灾难之后，康复之路”的节目。这档节目是为公众制作的，主要教人们在灾难发生之后如何从创伤中康复。节目其中的一个环节就是专门介绍PTSD的。基于目前的世界局势，创伤后应激障碍这个词短期内还不会从人们的视线中消失。

令人困惑的是，直到最近，还有人认为PTSD不属于精神障碍。实际上，一些专业人士，还有另外一些人，称创伤后应激障碍为炮壳震惊（shellshock），是指那些从战场上回来的疲劳士兵由于看到激烈的战斗而受到惊吓。他们头脑中可能会出现关于战斗情境的大量闪回。医生经常会用抗焦虑药物来治疗他们。

强迫症（Obsessive-Compulsive Disorder，OCD）也很有意思。在美国，强迫症影响着大约2.5%的成年人（APA，2000）；这个比例相对来说比较小。然而，比例小决不意味着它的“危害”小。杰克·尼科尔森（Jack Nicholson）主演的电影《尽善尽美》（*as good as it gets*）形象地描绘了一个遭受强迫症折磨的人。麦克白夫人（Lady Macbeth）则是另一个遭受强迫障碍折磨的例子。费利克斯·安格尔（Felix Ungar）（电影《单身公寓》，*Odd Couple*中的著名人物）也是这类人物中的一个。

在本章中，我们首先看一下莎拉的案例，她的故事看起来很离奇，你可能想看两遍。接下来再看芬妮的案例，她是一个典型的强迫症患者。她的情况很具有典型性，那就是知道自己有问题，但是却对那些症状无能为力。

创伤后应激障碍（PTSD）

莎拉的案例：对童年期性虐待的恐惧

问题呈现

莎拉是一名14岁的白人女孩，在当地一所公立初中读八年级。莎拉有一个18岁的继兄，是她父亲的第二任妻子的孩子。“父母在我很小的时候就离婚了，那时我只有6岁。妈妈是一个严重的酗酒者，总是酩酊大醉。那时爸爸38岁，他是一个很正派的人。爸爸最终和妈妈离婚并取得了对我的监护权。妈妈接受社会福利的补助，无法照顾我。我和妈妈根本没有任何联系。我不喜欢我的继母，我只听从父亲的，但他对我非常严厉。这使我感到很厌烦。”

莎拉的样子很冷酷。她情感淡漠，很少露出笑容。她的外表看上去不是抑郁，而是愤怒。莎拉个头不高，约有155cm，一头金黄色、卷曲的长发。第一次会面时她穿一条短裙配了一双靴子。她的两只手腕都戴着手镯，右手腕还戴了一块超大型号的手表。莎拉的脸上化了浓妆，眼影涂成了蓝色。她和我们的目光接触良好。莎拉在所有的疗程中都没有哭过，然而，大部分时间她都显得很愤怒。不管怎么说，她对我们很坦率。

莎拉的学习成绩还可以。即使得了C，她好像也并不担心，“成绩有什么用？我不会去读大学的，只要能顺利毕业，就很酷了。我喜欢自由的生活，对学校生活没有多大兴趣。但我很喜欢历史，至于其他课程，讨厌！”

最初，莎拉的辅导员把她推荐给学校的社会工作者。是因为他发现莎拉最

近老在课堂上睡觉。莎拉的辅导员并不担心她的成绩，因为自从升入初中以来，她的成绩就很稳定。大拇指规则【注】（rule of thumb）：如果一个儿童的行为突然发生变化，或者他的成绩明显下降，那么我们就可以考虑酒精／物质滥用的可能性。你认为此规则适合本案例吗？请继续阅读。

学校的社会工作者和莎拉只有几次会面，在这期间他和校长进行了交谈，发现莎拉旷了很多课，甚至有许多天她根本没有来学校。莎拉说学校把这件事通知了她的父亲，但是他却没有表现出“太担心”。“爸爸虽然很关心我，但是对于他来说，工作还是最重要的。我为旷课编造一些理由，谁也发觉不了。当我打电话告诉他我在哪里的时候他的态度很冷漠。如果我在朋友家过夜他也没有反对过。我说过，他很关心我，但他从来不会花时间多了解我一些。他是一个严格而又不打探隐私的父亲。”

我们还打电话给校长向他了解情况，因为是他把莎拉介绍到我们这里来的。他也发现，莎拉旷了很多课，但是大家一致不解的是，为什么莎拉的父亲却对此毫不关心。校长也证实了莎拉今年的成绩很稳定。莎拉的老师对她总是在课堂上睡觉表现出很多的担忧。莎拉曾经告诉他们，她在做一份兼职，但最后发现情况并非如此。他们猜想她整晚都在外面或者和朋友们在一起熬夜。在上一个月，莎拉好多次去学校的时候眼睛通红（有两次来诊所的时候也是这样）。校长困惑的是，是因为她太累了呢，还是其他的原因，比如物质滥用（他猜测莎拉正在吸食大麻）。

背景信息

在莎拉转介到我们这里之前，校长曾经会见了她和她的父亲，莎拉也提到了那次会面。“阿德勒先生告诉我们我需要到这个诊所来接受心理治疗或者其

【注】指的是一种做事的方法，这种方法不是从哪本教科书上学来的，而是来自经验和实践。——编者注

他事情。好像我有什么不对劲的地方。我只是一个喜欢玩乐的14岁的小女孩。我真想休息一下，你觉得我会选择前来接受治疗还是休学呢？阿德勒先生担心我旷课的问题。但是，我的成绩不错，我做什么又有什么关系呢。看着我：这是大学吗？但是如果我被休学或是被学校开除，爸爸会把我赶出家门或者把我送给别人寄养。”

第二次疗程莎拉是由她父亲陪着来的。很明显，父亲在场让莎拉感到很不自在，但她还是同意了。我们问了莎拉几个问题，她一直低头看着地板，用三言两语来应付我们。当我们问她一些开放性问题时，她都说不知道。好像父亲的在场让她对很多信息守口如瓶。

莎拉的父亲很关心她的情况。我们向他解释，当需要他在场的时候他再来，情况会更好（当然要取得莎拉的同意）。并且我们对他如此关心莎拉表示了赞赏。但是，当莎拉和我们谈话的时候，我们还是让他留在候诊室。我们还向他解释，莎拉虽然是未成年人，但她有保护自己隐私的权力。他虽然有些担心，但最终表示理解。

当莎拉的父亲走出咨询室的时候，莎拉就更能开放自己了。随着治疗的进行，我们逐渐了解到莎拉这段时间行为背后的原因。“我知道在过去的几个月中，我在外面浪费了太多时间，所以早上我都筋疲力尽，非常疲倦。爸爸从来都不知道这些……不要告诉他，可以吗？（我们告诉她，没有她的允许，我们是不会说的。除非出现特殊情况，必须打破保密性原则。）他如果知道了这些事情会大发雷霆的。我今年经常旷课的一个原因就是，我经常和朋友们一起出去聚会，他们都是来自私立高中很酷的孩子。我们在一起，有时候纵情欢乐，有时候就那样静静地待在一起。我们一起喝酒，吃东西。我喜欢伏特加和啤酒，有时候我会醉倒在乔的住所，有时候就昏倒在街道上，但我从来也没有出过事。因为总是有人会注意到我。对于我说的这些，你们没有问题吧？我在这里感觉很舒服，所以能够把这些说出来。”

到目前为止，我们似乎已经获得了一些关键性的信息。莎拉可能因为酒精滥用而导致她出现这一系列的问题。之所以这么认为是有一定依据的，她曾说她的母亲是一个酗酒者，而酒精滥用具有家族遗传因素的影响。我们接着问莎拉一些问题。

“现在我非常想解决的是我的睡眠问题，睡觉时我不停地做噩梦，我想要你们告诉我这是怎么了？这绝对不正常。你们对梦有些研究……我读过一些。因为我晚上睡不好，所以我总是在课堂上睡着。我整晚都在做噩梦，如果半夜醒来我就不敢再继续睡了。梦中的情境是那么真实。好了，这就是我的问题所在。”酒精滥用者有时候会出现睡眠问题。但是，当喝酒达到昏厥状态的时候，REM睡眠阶段（又称快速眼动睡眠阶段，人们通常会在这个阶段做梦）是不会出现的。

接着，我们请莎拉的父亲到咨询室来，并且告诉他我们想要和他进行一段单独的会面。我们先让莎拉离开，她同意到候诊室等待。莎拉的父亲抱怨咨询的费用太高，并且对于咨询过程中我们进行了录音和录像有些不太满意，不过他还是同意莎拉继续前来咨询。他告诉我们，他和一些警察交情很好，他们告诉他，至少有4次，他们发现莎拉睡在街道上，或是贫民窟里。她看起来好像是喝醉了，神志不清，浑身滚烫。对此他十分担心，想要得到一些答案。但是，他不希望与莎拉进行面对面地对抗，因为他害怕莎拉会离家出走。“她是我唯一的一个孩子，因为生理的原因，我不可能再有孩子了。”我们让他和莎拉一起参加下次的疗程，并且希望他能够与她坦诚相处。我们在这个时候结束了这次疗程。

思考题

1. 莎拉出了什么问题？现在你掌握了足够多的信息了吗？
2. 莎拉的父亲对她并不诚实。谈谈你对此的看法。在这种情况下你会怎么

做？

3. 讨论莎拉做噩梦可能的原因。
4. 是应该对莎拉进行个别咨询，还是应该让她父亲一起参加治疗呢？说出你的理由。

评估与诊断

我们采用非结构式诊断访谈（一种精神评估方式）对莎拉进行评估，并且向她就读的初中学校咨询了一些她的情况。莎拉在见精神科医生之前和我们进行了两次会面。虽然诊所方面还想与莎拉的父亲进行进一步的会谈，但是我们也需要更多的了解莎拉当前的信息，以使我们的治疗进展下去。莎拉回来之后，我们又问了她一些问题，并且得到了非常有意思的回答。我们发现，当莎拉因为太小不能开车，而公共交通方面又不太安全，她的父亲总是把她送到诊所去。疗程期间他仍然单独留在候诊室，不时紧张地来回走动。他通常会看看杂志，或者看《今日美国》。

我们把探讨的重点放在莎拉的睡眠问题上，尤其是她老是做噩梦这一点上。有一点让我们非常感兴趣的是，莎拉的梦中总是会出现相同的主题和人。“在梦中，我经常被追赶，但是在过去的三四个月中，我经常梦到自己在公园的秋千上。我用力荡，能够荡很高。突然，有一个人出现在我的身后，并且开始推我。然后，那个人把手放在我身上，并试图碰他不应该碰的地方。那个人抓我的胸部，并且用力挤我的屁股。我真的是很害怕，但我又喊不出来，因为我发不出任何声音。我也看不清那个人的脸，但是我想是个男的。我太害怕了就满头大汗的醒来了。梦中的一切都是那么真实，我不知道到底是怎么回事。”

我们接下来的一个目标就是讨论梦中究竟发生了什么，并且确认梦中那个看不清面目的人到底是谁。我们又问了莎拉一些问题，因为我们对过去可能发

生过什么已经有了一些猜测。“我从12岁就开始喝酒。这让我感觉好多了，我可以从某些事情中解脱出来。喝醉之后，感觉很冷，忘记了所有的烦恼。爸爸不会给我太多的钱让我抽烟喝酒，但是我很快就发现一个挣钱的方法，那就是性交易。我不是一个妓女，我只是用性交易来获取酒、烟和钱。这非常管用。性对于我来说没有意义，我只是一个物质替代品。我做的次数不多，只是在我无法忍受酒瘾折磨的时候。老男人喜欢年轻女孩。但是我做这些全都是为了酒。”

当我们所到这些的时候十分担心。不仅因为她酗酒晚上睡在街道上，还因为她为了酒和其他的东西出卖了自己的身体。我们不知道出卖身体的陈述是否是真的，而且我们也没有办法去求证或者否认她的那些话。所以，我们对那些陈述有所保留。我们向诊所的督导咨询，他决定先等等，并监控莎拉的情况。我们也在一次职员会议中表达了我们的担心。诊所成员也决定等等看莎拉接下来有什么情况发生。她很清楚自己在做什么，也知道这样做的后果“我会当心的；很多人和我一样，并不只是一个莎拉在做这样的事情。”

我们确实想知道莎拉关于性的随便态度是从哪儿来的，她是如何把自己和性这样分开的。在第5次疗程中，我们向莎拉询问了更多的关于她家庭背景的信息。看看你是否能够猜出我们接下来的咨询方向。

“我妈妈？她是一个彻头彻尾的酒鬼。爸爸没有告诉你们的是他为什么要取得我的抚养权。确实，一个酗酒的妈妈不是一个好妈妈，但她毕竟还是我的妈妈。爸爸离开以后，妈妈就带她的男朋友到家里来住，他是个色狼，一个混蛋。他是一个40多岁的男人，相对于36岁的妈妈来说太老了。有一天晚上，他到我的房间里来吻我，向我道晚安。但是那个吻太糟糕了，他把舌头伸到我的嘴里。我差点吐出来。从那之后我就很害怕见到他，但是他每天仍然到我的房间里来而且更加放肆。我知道这是不对的。他告诉我如果我告诉妈妈他就会杀了我。但最后我不得不把这件事告诉了妈妈。那个混蛋妈妈是怎么做的？她认

为我在撒谎，并且说是我引诱他。告诉我一个5岁的小女孩怎么引诱一个成年男人？她说她不会相信我说的任何话，当然，那个男人还依然到我的房间里来。

“我只得告诉了爸爸，他听了之后暴跳如雷。他威胁妈妈说要杀了她的男朋友，并把这件事告诉了他的律师。那时爸爸妈妈已经分居了，爸爸说为了我的安全他希望和我们住在一起。但是这么做也没用。我跟爸爸在一起的唯一原因就是他的钱。他可以抚养我，而妈妈每天都是醉醺醺的。她有一个无耻的男友，所以，现在你明白了我为什么这么恨妈妈。而在那种情况下她什么也没有帮我。这种情形持续了一年的时间。”

现在你明白询问是如何进行的了吗？我们猜想莎拉在童年期可能遭受过性骚扰，而这些信息在她的记忆中受到压抑。但是令人疑惑的是，她在咨询的最开始就说出了这些信息。我们认为她想说出这一信息，并且希望得到帮助来治疗她的创伤。弗洛伊德可能会说这时防御机制已经不起作用，这一创伤已经进入她的意识层面了。最好让病人主动说出像这样的真正的敏感信息，而不是不停地挤压逼着病人说出这些信息。一旦我们明白了这一信息，莎拉的许多行为就容易理解了。你可以猜到都有哪些行为吗？

我们给莎拉布置了一个行为家庭作业，让她记录接下来两个星期自己所做的噩梦，并在下一次疗程把记录带过来。她来的时候告诉我们在过去的两周里她做了四个噩梦，不过最后一个是最有趣的。“那个男人的脸……是的，是一个男人，昨天显现出来了。是我妈妈的那个男朋友，他调戏我，并和我做爱。我早该知道的！我从来没有过任何谴责的想法。我一直认为自己是一个古怪的人。难怪他会一直追我。我想我还是被这个畜生所折磨。我真的想知道自己到底做了什么会导致这件事情的发生，是不是像妈妈说的那样我做了什么。”

对莎拉来说，这是一个很大的发现和突破，她提供了这些信息之后，我们把她转介给一位女性治疗师，因为我们正处理的是一个性侵害的案例。一般来说，性虐待的受害者必须要由同性治疗师来处理。奇怪的是，莎拉不愿转介。

我们把那位女性治疗师请来和莎拉谈谈，但是莎拉更愿意和我们在一起，这是个奇怪的现象。也难怪！莎拉一直都是一个奇怪的女孩。

到目前为止，我们能够更好地理解莎拉所有的行为了。当我们继续向她询问的时候，她告诉我们即使在冷静的时候她也不能集中注意力。她喝这么多酒并且拿性做交易是因为她看不到“30岁以后的自己。我没有未来，所以，让我们从现在尽情狂欢。谁会娶我？我一文不值，我可以把我自己完全和性分开。有几个人会说她们在5岁就失去了贞洁？那有多么恶心？”

我们还向莎拉询问了她的人际关系状况。“我没有一个真正的朋友。我和人们打成一片，但我确实没有朋友。没有一个人我可以真正地谈谈心，所以，现在我在这里感觉很好。在学校我无法和任何人说话；谁能理解我，又有谁能相信我所说的话？我一直都是一个人，除了爸爸之外。这种日子真难熬。”我们觉察到莎拉几乎没有什么情绪反应，她的情感仍然很淡漠。

现在我们对莎拉的经历和行为原因都有了一个比较明确的认识。我们告诉莎拉在接下来的几次疗程中需要她的父亲参与进来，和她一起共同解决一些问题。莎拉不希望这么做，但是她告诉我们：“可以让爸爸知道那些性骚扰是真的，但是不要告诉他关于性交易的事情，其他的事情他都知道。”莎拉的父亲在接下来的那次疗程中参与了进来，并对揭露的一些事实做出了反应。

“我相信莎拉是诚实的，但是不可思议的是，我真的很难相信这些是真的。你相信你的女儿，但是又听到别人的很多风言风语，并且莎拉又很会控制我。我确实在一定程度上有些解脱，她说的似乎是真的。莎拉常常在夜里尖叫着醒来。也许这就是莎拉不愿回家而和朋友待在一起的原因。她可能害怕我会做出某些事情，或者山姆会出现，对她做出某些事情。”（山姆是她妈妈的前男友。）说到这里，她父亲哭了，并提前结束了这次疗程。

我们在职员会议上继续呈现了莎拉的案例，以求获得进一步的建议。他们

决定暂时告诉学校莎拉正在治疗中，咨询师正在帮助她解决一些问题，其他的就不再多谈了。诊所在这里承担着一定的风险，因为莎拉有一些行为会被认为是对自己的伤害，法律规定出现这些行为时要打破保密协议。而之前我们提到，督导和诊所成员认为在打破保密协议之前我们应该等待，继续观察莎拉和她父亲的变化。我们让莎拉去精神科医生那里做一个评估，诊所成员还决定要通过莎拉的健康教育老师和她探讨关于避孕的方法。

精神科医生给莎拉做了评估之后在案例笔记上这样写道："莎拉是一个麻烦的14岁女孩，有严重的酒精滥用问题，这一问题是由创伤后应激和酗酒的家族史引起的。莎拉的噩梦和旷课行为与她5岁时受到的性骚扰有关。莎拉的抑郁处于轻度到中度水平，不是睡眠问题的原因。情绪分离（emotional detachment）和滥交是主要问题。建议：每周一次和父亲一起进行治疗；就创伤后应激障碍问题对莎拉进行个别咨询，一个月后进行药物评估。"

精神科医生的诊断和诊所成员的诊断是一致的：

创伤后应激障碍，伴延迟起病	309.81
心境恶劣障碍，早期发作	300.4
酒精滥用	305.00

病源理论

我们可以肯定地说，PTSD具体是由个体经历的创伤性事件引起的。这里的一个关键问题就是为什么有些经历创伤性事件的人最后出现了PTSD的症状，而另一些人却没有？我们需要考虑一些假设的因素。看看这些因素是否适合莎拉。

PTSD的发展可能和创伤性事件的强度有关（Foy，Resnick，Sipprelle，& Carroll，1987）。另外，一些人比另外一些人更脆弱，他们更容易患上PTSD。

例如，如果个体有焦虑障碍的家族史，他患上PTSD的危险性就更大（Foy et al.，1987）。也有可能是个体更容易让自己置入引发PTSD的情境。Foy等人（1987）还指出，家庭的不稳定是另一个潜在的病源学因素。家庭背景不稳定的个体如果经历创伤事件更有可能患上PTSD。

社会和文化因素在PTSD的发展中也有一定的作用。大量研究表明，假设人们经历了创伤事件，但如果他们有强大的支持系统（家庭和朋友），那么他们患上PTSD的可能性就要小一些。尝试对创伤情境进行应对（而非逃避），而不是变得愤怒或者责备他人，对预防PTSD也有一定帮助。

最后，还有一些很有趣的研究，是关于PTSD对记忆障碍和记忆力丧失的影响。PTSD患者似乎存在短时记忆的问题，他们根本不能很好地回忆起某个具体的事情（Vasterling，Brailey，Constans，& Sotker，1998）。有人假设，PTSD患者深受慢性脑唤醒的痛苦，这种唤醒是由与压力相联系的荷尔蒙（尤其是皮质醇，cortisol）所引起的。由于这个原因，大脑，尤其是海马部分（hippocampus），很容易受到损伤。而海马又是和记忆功能、学习密切相关的。这大概可以解释为什么PTSD患者在回忆他们的创伤事件时比较困难。

治疗计划

关于对莎拉的治疗，我们有以下几个目标。首先，我们决定用个别咨询的方法来治疗莎拉的PTSD。莎拉经常出现关于童年期性骚扰、性虐待的闪回和噩梦，我们需要就这个问题和她进行进一步的探讨。我们把重点集中在她的生活经历上，并且使用弗洛伊德的一些心理动力技术。具体来说，我们主要关注她对童年期性骚扰经历的压抑，并处理出现在她梦境中的信息。

我们花了大量的时间分析莎拉对过去事件的记忆和她的噩梦。一个目的就是停止恶性事件在她脑海中的闪回并且不再做噩梦，这样可以让她睡一个好

觉。“讨论过去的事情并不容易。到现在我仍然为自己做了什么而导致这些事情出现而感到内疚。这种内疚是很可怕的。它把我和太多的事情分离。妈妈也应该受到责备，她一直认为是我造成了这一切，这一点我永远也不会原谅她。在这件事情上，爸爸是我心中的英雄。如果不是爸爸把我从那里带走，我会杀了山姆的。”有趣的是，这时外面有一辆汽车发生逆火现象，莎拉突然跳起来，并且大声尖叫。“对不起，我一直都神经兮兮的。”她看起来有些颤抖。

其次，我们决定使用暴露疗法来治疗莎拉的PTSD和她的噩梦。这一疗法和系统脱敏疗法很相似：患者在一个渐进的过程中，由开始比较放松的情境，然后渐渐暴露于有压力的情境中。我们用放松技术与莎拉讨论她受到的性骚扰，我们鼓励她想象当时的情境，直到她能够以一种放松的姿态去想象当时的情境。目的是让莎拉在一个安全、放松的情境中，没有任何负面后果的情况下，重新经历过去发生的事件。如果能够成功进行，最终就会消除症状。

莎拉开始有些害怕。“我真的不知道自己是否能做到。太可怕了，我晚上不得不经历这些事情，为什么在下午我也要这么做？这是不是某种心理治疗的折磨？”我们渐渐带领她重新体验自己的经历，直到她能够面对过去所发生的事情。我们从她的房间外面开始，最终走上楼梯，来到她的卧室。当暴露的强度逐渐增加，并越来越接近实际情境时，莎拉大汗淋漓。但她还是坚持留下来继续接受治疗。最终，她在那个情境中看到了自己，当她在治疗室感到很放松的时候，长长的吐出一声“啊——”。

“最后一刻特别紧张。好像我真的就在那里。我的胃里和屁股好像减轻了好大一块重量。我不知道是否还能够回到那里。”我们继续使用上述技术来处理她的创伤性事件。

我们询问莎拉更多关于她喝酒的一些事情。“我喜欢喝酒并且很难戒掉，但是我现在可以冷静地向你保证我是可以戒掉的。你认为我做不到是吗？因为我欺骗所有的大人。其实我不喜欢那些聚会，但是如果它们能够帮助我睡得好

一点，我就会去。至少它们是免费的。”我们把莎拉推荐到戒酒者匿名协会（Alcoholic Anonymous，AA），是诊所要求所有酒精滥用患者参加的一个协会。现在戒酒者匿名协会有专门为儿童和青少年开设的见面会，效果很好。但是，需要参加两个及两个以上的见面会才会有效果。

随着治疗的继续进行，莎拉对她过去的生活和她滥交的问题谈得越来越多。“我感觉自己不被任何人所接纳，尤其是妈妈和男生。在我喝酒和出去玩之前没有一个男生对我感兴趣，现在每个人都需要我。他们知道我是可以发生关系的，我风趣、身材火辣。最近我很长时间没有随便和人发生性关系了。”她在学校的一些问题也是随着这些行为的出现，以及噩梦的增加而出现的。在治疗的过程中，我们给予莎拉支持和共情。我们鼓励她表达自己的感情，并且把内心的东西都发泄出来（这叫做宣泄，catharsis）。莎拉也表现出了移情，她开始和我们坦诚相对，非常信任我们，认为我们“知道很多东西，为我指明了方向，像一个家长或者父亲做出应该做的事情。”

莎拉同样明白了“为了能让自己活下去，我做了许多傻事。我怎么能告诉其他人我用自己的身体和酒做交换？没有人会相信的。我也明白了山姆是非常可恶的，这一切并不是我的错。妈妈？她只是一个愚蠢的酒鬼。我们永远也不会很亲密，即使我在这里接受治疗之后。”

一个月之后，莎拉回到精神科医生这里来进行了是否需要服药的评估。他认为没有必要服药，并且告诉我们三个月之后让她再来做一次评估。不过最后并没有这么做，你很快就会知道为什么了。

当治疗进入第三个月的时候，莎拉的睡眠质量开始好很多了。“我依然会做噩梦，但是不像以前那么多了。我睡……哦，大概一个星期有5天睡得都比较好。这已经很好了！我在学校有精神多了，而且你知道吗？我真的很喜欢英语！我们看的书实在太棒了，它们教我一些关于我自己的事情。也许在学校没那么差劲。我正在努力适应它。”

这时候我们为莎拉的进步感到高兴。但是我们明白PTSD是有可能复发的。在莎拉的案例中，因为她的过去带来的创伤太深，我们担心症状会再次出现。在精神科医生的要求下，我们请莎拉的父亲过来进行了一次单独的治疗疗程。另外一位治疗师向他询问了莎拉的情况。

"嗯，她现在可以睡得很好了，也没有尖叫着从梦中惊醒，我很高兴。我还是需要知道在之前的治疗过程中都发生了什么。我认为莎拉有时在说谎。你知道我前妻的男朋友侵犯过她。我把她从那里救了出来。我告诉你，她并没有真正地感激。她一点也不愿意和我第二个妻子和平相处。学校校长认为她是一个酒精依赖者。她的妈妈就是一个酒精依赖者，所以，这样认为也是合理的。那真是一个糟糕的情况。"

我们问她的父亲为什么他想知道治疗过程中都发生了什么。"为什么？嗨！我在为整个咨询买单！我是不是在浪费自己的钱？我看到她渐渐有些好转了，但是她依然和我们夫妇两个顶嘴，还是很晚回来，我没有看到很大的进步。我不想在5年以后才看到效果。现在她已经15岁了，她应该从以前生活的阴影中走出来，并继续生活下去。我把她带到这里来是因为校长说要么到这里来，要么就休学。作为一个父亲，我没有其他的选择。但她是我的女儿，我就要做到一个父亲应尽的责任。至少到现在为止我还不打算把她带走。"我们感觉到莎拉在家里没有得到足够多的支持。

最后，为了让莎拉更清楚和更理性地看待过去发生在她身上的性骚扰事件，以及她目前的生活状况，我们使用了理性情绪疗法（RET），它是认知疗法的一种。实际上，她需要看到她目前的想法是带有自我挫败性和自我破坏性的。我们希望这些技术能够改善她的睡眠，减少她的饮酒量。我们还希望她的自尊水平能够得到提高。自尊水平得到提高以后，我们希望她的抑郁状况（中度抑郁）也能够得到改善。但是很遗憾，上述方面中有一些没有得到实现。

就在莎拉再次到我们和精神科医生这里复查之前，莎拉的父亲打电话要求

单独过来一趟。听到他的话后我们很生气："我停止了莎拉今天的治疗，她已经睡得很好，而且就要去上学了。现在她还是在外面待到很晚才回来，但是这很快就会改变，我会负责监督她的。她的校长和老师都很满意，既然这样，我为什么还要继续花钱呢？她不告诉我在治疗过程中都发生了什么，而且你们也不告诉我。就像是你买了一本书给一个人，你把书给他了，但他不告诉你关于这本书的任何事情。我再也忍受不了这些了。谢谢你们的帮助，现在莎拉已经很好了。"说完这些之后他就离开了诊所。那是我们和莎拉的最后一次面对面的接触。对于这些，你感到惊讶吗，尤其是当莎拉有一些令人高兴的进步的时候？我们是否应该做些什么而没有做，或者应该用另外的方式去做？

大约6个星期之后我们接到莎拉打来的电话。她为她父亲的行为表示歉意，并且告诉我们一满18岁她就会"离开这个地方越远越好，我需要重新开始。"莎拉又开始喝酒了，但是她告诉我们现在她有了男朋友，并且不再"到处游荡了；他不允许这么做。我真希望和你们待在一起的时间再多一些，你们真的让我明白了很多很多事情。我不是一个坏的或者有病的人，只是我的命运不好而已。那不会让一个人变坏或者邪恶。人们还是不能理解。"

有很多药物都可以用来治疗PTSD，我们简单地介绍一下这些药物的种类，以及每个种类的好处和弊端。首先，抗抑郁剂，尤其是选择性5-羟色胺再摄取抑制剂类（SSRIs），比如百忧解（Prozac，又称氟西汀，fluoxetine）和赛乐特（帕罗西汀），都在治疗PTSD方面取得了良好的效果。它们可以帮助缓解莎拉的抑郁症状，而且它们似乎还可以改善伴随PTSD出现的焦虑和惊恐发作的症状。

可以使用巴比妥类药物（Barbiturates，安眠药）帮助莎拉改善睡眠。这些药物的一个好处是可以"破坏"睡眠的快速眼动阶段，因此抑制做梦。对莎拉来说，这是有好处的。但是这些药物容易使人产生依赖，尤其是这种药物和酒混合服用的话，会对人有致命的危险。停止服用巴比妥类药物时会出现戒断症

状，并且会危及生命。这类药物适合在短期少量服用。但是通常它们引起的负面作用大于正面效果，所以，这类药物不适合给莎拉服用。

最后，精神科医生可以开出抗焦虑类药物的处方，比如，氯羟安定（劳拉西泮）和安定（地西泮）。这类药物可以帮助莎拉放松，缓解她的焦虑情绪。它们还可以改善莎拉的睡眠。但是，这类药物也具有很高的成瘾性，和酒精混合对人也有致命的危险。抗焦虑药物的戒断症状也是很严重的。

使用药物治疗PTSD有一系列问题。很多患者在停止服药后出现症状复发现象。患者会把药物看作他们的支撑，他们认为是药物起了“治愈”的作用，而不是病人本人或是治疗起了作用。病人会提前结束治疗，这样很容易出现症状复发。总而言之，药物治疗PTSD是允许的，但是建议谨慎使用。目前治疗PTSD还有很多更有效的方法，使用药物并不是首选方法（也许是第二选择）。

预后

莎拉的预后被评为“审慎”（guarded）。这么评价合理吗？让我们来做一些解释。莎拉仍然在喝酒，由此会引出许多问题。因为她有酒精依赖的家族史，她喝酒的复发仍然是令人担忧的地方。莎拉很有可能成为一名酒精依赖者。莎拉在治疗中取得了很大的进步，但是因为提前终止治疗（或者说由她父亲终止了治疗），我们不知道她还能够取得多大的进步。莎拉停止了和别人随意发生性关系。但是当她需要提高自己的自尊水平的时候又会发生什么呢？最后，因为PTSD会复发，我们必须把莎拉的预后界定为审慎。我们不能确定地说她的PTSD症状消除了，我们只能这样希望。莎拉很有可能需要重新接受我们的治疗，或者是离开家后再到其他机构接受治疗。



强迫症（OCD）

芬妮的案例：又一个麦克白夫人

问题呈现

芬妮是一名26岁的单身女性，她具有西班牙裔血统，从小就生活在美国。她的父母出生在波多黎各，他们结婚后不久就来到美国。芬妮没有孩子，她在一家很大的咨询公司做管理助理。如她所说，她在工作中做得非常出色，并且即将得到提拔，可能还包括免费到学校进修的机会。

芬妮的情绪表现适当，但看得出她在初次治疗中十分紧张。她的右腿不停地晃动，并且会不时紧紧地攥起拳头。芬妮身高173cm，大约超重14公斤。她有一头棕色的头发，肤色白皙，说话有轻微的口音。第一次和我们见面的时候，芬妮穿一件宽松的上衣和牛仔裤，还戴了一双橡胶的手套，并且始终不肯把它们摘下。第一次见面时她没有和我们握手，当时她手里还拿了一个盛有消毒液的小瓶子。

芬妮的母亲在一个大饭店做厨师，“她是一位非常棒的厨师。也是因为这个原因我们家的人都有一些体重问题，她做的饭实在太好吃了。”芬妮的父亲是一位快要退休的警察。“在波多黎各时父亲追随错误的党派，但是祖父确保他没有陷入麻烦。即使父亲遇到麻烦时，祖父发号施令，使得父亲能够中学毕业。父亲从祖父身上学到了很多。他把回报社会看做是自己的责任。他喜欢别

人把他作为榜样。我们都很担心他，但是他却毫不害怕。他说是他的信念让自己感到安全。”

芬妮告诉我们她有一个奇怪的想法，最近这种想法出现地越来越频繁；这是迫使她来请求我们帮助的原因。“我真的害怕自己得艾滋病或者其他的病，所以在遇到--个好男人的时候这是一个很大的麻烦。我还担心自己在公共场合说出一些奇怪的话来让我的家人或者让自己感到尴尬。我真是害怕这种事情会发生在工作中，因为这样我会被炒鱿鱼的。有时候因为太担心我就不去工作。井然有序的事物对我来说很重要。无论在家，还是在公司我必须先把所有的东西整理得井井有条才能开始工作。这虽然不会花太多时间，但是必须要做。我还必须要保持清洁。每天要花大量的时间做这些事。奇怪的是，我明明知道这么做没用，可还是抑制不住地去做。每个人都会做这些事情，但是母亲和朋友都说我做得太过分了。关键是我不能控制自己。就好像你知道疥疮不能去抓，但是偏偏又必须去抓，不论是什么原因。”

随着芬妮这种行为的持续加重，她的父母变得很担心。芬妮的老板对于她工作中的拖沓不太满意，并告诉她需要就她的“问题”寻求一些帮助。“我听从了他们的建议，也明白这些事情需要尽快停止。我的手很疼，我可能会失去工作，或者不能得到提升。我不愿让我的父母失望。除了我，他们没有其他的孩子了。所以，我必须停止那些想法，希望你们可以帮助我。”

背景信息

芬妮的发展状况良好，没有提到心理疾病家族史。“至少我没有听说过。我母亲经常会偏头痛，但那应该没有关系。”芬妮是家里唯一的孩子“但这不是偶然情况。本来父母还想再要一个或者两个小孩，但是父亲的精子数量太少。随着年龄的增长，他们的愿望日渐渺茫，最后，父亲索性做了输精管切除手术以确保他们不能生育了。我也很希望能有一个妹妹做伴。妈妈虽然很心

烦，但是他们毕竟还有我。（笑）妈妈说我足可以抵得上两个孩子。”

芬妮开始意识到她小时候就有些与别人不同。“我喜欢把自己的衣服和玩具都按照一定的顺序摆放整齐，我告诉母亲如果我没有看到它们都按照我的愿望整理好我就不会出去玩，或是去上学。我总是一遍遍地检查。还会到床底下看有没有脏东西；实际上我的房间已经一尘不染！父母认为我只是一个爱干净的孩子，你也知道，肛门期人格【注】。他们认为这是正常的，因为我是个女孩，一个很女孩的女孩。我一直都穿得很整齐，从来不会穿脏衣服，甚至是有一点褶皱的衣服我也不会穿。”

芬妮在学校时成绩很好，中学毕业时平均成绩为B+或A-。“我的语言学得非常好，当然是指西班牙语。我还获得了西班牙语课的奖章。我的父母真的很为我自豪。我学习很用功。因为即使你是本地人也并不意味着你的当地语言就可以说得很好。如果祖母能听到，她一定很高兴我还保持着我们的传统。”

芬妮目前还没有男朋友“但也不是偶然情况。我真的很想有人陪在我身边。最近我和一个很优雅的男士相处了一段时间，但是后来他因为忍受不了我的‘行为’而离开了。我有一些明白他的意思，但是又不能完全确定。从那以后，因为工作太忙，家里也有很多事情就没有时间寻找合适的男孩。父亲也不愿让我和非西班牙血统的男孩子进行约会，所以那也是一个问题。”芬妮的第一次性体验发生在她18岁那年。“那次经历一点也不愉快。实在是太难受，太脏了，那件事情过去很久我还一直很痛苦。我需要尝试一下那种感觉，但是从那以后我的性生活次数并不多。都是那些细菌和秽物。”

芬妮告诉我们她的“问题”渐渐变得明显是在她十几岁的时候。“我的生活很正常，我尝试着去做每件事，但总是忍不住检查房间和壁橱里的各个角落，看看

【注】根据弗洛伊德的人格理论，人格分为口唇期、肛门期、生殖器期、潜伏期、生殖期5个阶段。——编者注

脏不脏，有没有灰尘。母亲说我会反复地检查门上的锁，看它们是不是都锁好了。我会检查窗子看是不是都关好了。还会检查炉子。她和父亲认为我做事情很认真，他们不用做任何事情。他们也为我的谨慎而高兴，特别是周围街区有一些犯罪问题，不太安全。他们认为我很正常，就像住在这个城市中的每个人一样。”

芬妮中学毕业以后，就有了现在做的这份工作，并搬到了距她父母住所10分钟路程的一个小公寓里面。“我想过自己的生活，我需要私人空间。但是因为毕竟离得太近，我几乎每天都会遇到我的父母。当然也就免不了星期天的聚会！朋友说我总是不停地检查车是不是锁好了，因为我担心有人会冲进来强暴我，或者用千斤顶抬起我们的车。这是可以理解的，对吗？一个年轻而又有魅力的单身女性在城市里生活需要处处小心。”当你在收集更多信息的时候，注意：我们所做的诊断，一定要基于病人的文化背景与他们所处的环境。

随着芬妮逐渐长大，事情变得更加糟糕。“他们担心我的工作。我开始担心公寓里的每件东西，我必须花费一些时间整理才能离开房间。我要确保家里的每样东西都是安全的，每件电器都关好了。我会因为确信家里的厨房着火了而坐上地铁从公司冲回家。检查过浴室里的水龙头关好之后，再回办公室。许多次上班的时候，我从办公室冲回家，确认家里没有任何东西着火。你也这么做，对吗？我的意思是，虽然不是经常做，但是你也会做这些事情。”

“因为我总是迟到，上司对我很生气。我只是需要确认一下安全。在办公室我也不停地擦洗，因为那里有很多细菌和不干净的东西。工作中总会碰到不干净的东西。我用这些酒精棉签擦拭我的电脑，一般情况下除了我没有人碰它，如果有人悄悄进来使用了我的电脑，我会把所有的东西都擦一遍。同事们很少这样做，但是有一天我的上司告诉我，她很关注我总是迟到的问题。我告诉她，下班后我总是加班很晚来补偿我迟到的时间，她同意了。她还担心我总是不停地去洗手间。”芬妮的上司发现的是她不停地去洗手，实际上在家里她洗手的次数更多。

“我的手开始脱皮，因为我总是不能把它们洗干净。如果看到有脏东西在手上，或者在指甲里，我会再洗一遍。很多次我都用Brillo（一种细钢丝做成的洗刷用具）洗手，直到最后我确定洗干净了。这样会伤手，但是至少我确信洗干净了，我能够出去了。当我发现了一种更好用的肥皂以后，就开始用那种肥皂，因为Brillo实在太伤手了。生产那个肥皂的公司应该奖励我；我大约每天用一瓶，在我办公桌的抽屉里还放了一瓶。那里实在有太多细菌和病毒，一个人需要在安全、干净的环境中工作。”前面我们提到，芬妮来的时候戴了一副橡胶手套，就此我们问了她一些问题。

“嗯……我不知道你们，但是你的办公室里确实有很多细菌。心理学家喜欢和人握手，并且还有一些其他的接触，所以，我戴上这个就安全了。为了确保安全，很多时候我都是这么做的，尤其是当我的手伤得太严重不能洗的时候。就像我说的，现在的社会不是太安全，对吧？但我也认为不是每个人都会这么做。”有人会这么做吗？唐纳德·特朗普【注】（Donald Trump）会避免和人握手，因为他害怕手会传播病毒，使自己染上疾病。确实，许多细菌和疾病是通过手传播的，尤其是当你用手揉眼睛或者鼻子的时候。但是，芬妮是不是做得太过了？

思考题

1. 芬妮出了什么问题？
2. 芬妮的“行为”在多大程度上是正常的？（请记住她住在一座大城市）当你考虑到她的文化和环境背景的时候，她的行为更具有代表性吗？
3. 什么原因会促使一个人用钢丝制品洗手，甚至是在手被擦破了以后还会

【注】唐纳德·特朗普是一位亿万富翁，在他投资制作真人秀《飞黄腾达》之前，是一位成功的房地产商。他曾竞选美国总统，虽然后来退出了，但那一个潇洒的挥手仍然给人们留下了深刻的印象。他的退选解释也很有“个性”。因为有洁癖的他发现公职候选人必须与太多陌生人握手，他说：“这简直太可怕了。研究表明，如果你和别人握手，就有可能感冒。”——编者注

坚持这么做？

4. 芬妮的养育过程似乎很正常。那么，如果有问题的话，你觉得是哪里出了问题呢？
5. 一个像芬妮一样的人有多大的可能性会发现她的行为是异常的？
6. 芬妮的行为是不是当今社会（细菌—恐怖）的一个产物？为什么？

评估与诊断

我们采用非结构式诊断访谈对莎拉进行了评估，并对她进行了精神方面的评估。芬妮是和她的母亲一起到诊所来的，但是她想要单独进行初次治疗。随着交谈的深入，我们对芬妮的情况了解的越来越多。我们首先询问了她反复检查和洗手的行为。这些都是强迫行为（compulsions）。强迫行为是能够使人减轻痛苦的思想或行为；它们用来阻止强迫观念（obsessions）的出现。强迫行为可以被看作是以摆脱强迫观念为目的的一系列行为。而强迫观念是指闯入性的、反复出现的思想、观念或行为，患者试图抵消或抵制它。人们似乎不可能控制这种观念。强迫行为一般可以分为以下两类：反复检查行为（checking behaviors）和仪式性清洁（cleaning rituals）。反复检查行为是令人烦恼的；而仪式性清洁则会带来很大的危害性。接下来你就会知道为什么这么说了。

"当我慢慢长大，事情变得更加复杂。我花费越来越多的时间去检查锁和洗手。我甚至花很多时间担心我是不是有必要一遍遍地做这些事情！所以，不管是工作的时候还是在家里，我都把很多时间浪费在这上面。我父母开始感到奇怪了。因为我太多的时间待在洗手间里，以至于他们认为我的饮食出现了问题或者我想要自杀。因为他们的香皂不够好，不能杀死我手上的细菌，所以我必须不停地洗手。我每天会花多少时间做这些事情？嗯，我每天至少花两个小时洗手，如果有需要的话，我会花更多的时间。做这件事情太累人，我现在都疲惫不堪了。"

我们再一次询问芬妮的人际交往的问题，既然她花这么多时间在洗手和检查上她如何抽时间和男性约会呢？“哦，检查！我也花很多时间在那上面，因为一个人不可能很安全，尤其是在当今社会。我在家的时候就不像平时那么频繁地检查锁，我父亲有一支枪在家里，所以就没有太多必要。嗯，也没有必要花很多时间确保每件事都很安全。但无论如何我还是经常这样做，只是已经不像以前那么多了。有他的枪在，我们就安全多了。我经常确认它放得是否安全，保险栓是否打开。在睡觉前我还要确认它装上了弹药。那也会花一些时间。

“我没有太多和男性交往的时间。我每天工作都很辛苦，并且到很晚才下班。因为我迟到了，老板就会让我加班。男孩子也不愿意和我在一起。他们看到手套就会想我得了麻风病或者其他的什么。我真的没有时间和男生在一起。另外，和男生交往很可能最后会发生性关系，精液那么脏，还有细菌在里面，我可不能忍受。”

我们问芬妮当她试图去控制自己的强迫行为时会怎样。“嗯，我真的做不到。母亲也曾经让我这么做。就像我说的，我非常明白自己在做一些没有用的事情，而且我做的太过了。我真的没有见到其他的人会像我这样洗手。我知道这很不可思议，但是当我试图去控制这些行为的时候，情况就会变得更加糟糕。我不能控制它们，有几次我试图去控制的时候，感觉太糟糕了，你知道，我更加焦虑。”在这种情况下，强迫行为通常会变得更加肆无忌惮。患者感觉强迫行为好像可以缓解强迫观念所带来的焦虑。

例如，芬妮反复洗手会让她感觉舒服一些，因为洗手可以减少她手上的细菌。就像芬妮解释的，如果没有采取强迫行为就会产生焦虑。到目前为止你对芬妮的情况是否了解得更加清楚一些了？

在继续进行治疗之前，我们需要注意：许多“正常”人偶尔也会有强迫观念和强迫行为，尤其是儿童在开始形成自己的行为习惯时。但是，最关键的区别是，这些仪式／强迫行为没有影响到人们的日常生活，也没有给他们带来很

大的压力。这是本书中以及你的课程中所学的大部分障碍的一个重要诊断标准。当某件事情给人带来很大的压力，并且影响到他的日常生活，那么，这个人就可能产生了心理障碍。酒精滥用是很好的一个例子。

大多数人喝酒都会控制在一定的量。当这个量给他们的日常生活带来一系列问题的时候，那么酒精就是个问题了，我们就可以说这个人可能存在酒精滥用的问题。强迫行为也是一样。谁没有检查过家门或者汽车上的锁？这可以减轻焦虑让我们放心，同时也形成了习惯性的行为结构。（你是否每天在同一个时间吃午饭？这属于强迫行为吗？）当然，芬妮的情况不太一样。强迫行为是他们不能改变或者避免的，如果他们试图这么去做的话，痛苦会更加强烈。

现在我们已经拥有足够多的信息，可以在案例会诊中呈现芬妮的问题了。我们想了解一些关于对芬妮进行家庭治疗的一些看法。诊所人员讨论了芬妮的案例，确定芬妮可以从家庭治疗中受益。如果家庭治疗实在不可行，再推荐芬妮去做个别治疗。我们把建议告诉了芬妮。“我愿意让母亲参加我的治疗，因为她可以给你们提供更多的信息，我也确实想在这里解决我的问题。我父亲就不必来了。波多黎各男人无论如何是不会做心理治疗的。更不用说是一个警察。他会说‘这是女人的问题，不是男人的问题’。其实我们已经讨论过这件事情了。他希望我过最好的生活，可是他却消极地拖着问题不去解决，希望问题能够最终消失。”说到这里芬妮笑了，这次的疗程到此结束。

受经济条件限制，芬妮家里只有一部车。因此经常是芬妮的母亲找人代饭店的班，她开车送芬妮来咨询。在接下来的这次疗程中，芬妮的母亲也参与了咨询，我们向她询问了芬妮目前的一些情况。

“最近这几年我女儿的情况越来越糟。她和我们在一起的时间越来越多，因为我们实在很担心她。我们发现芬妮不停地检查家里的东西，任何东西都不会放过。如果物品没有按照一定的顺序摆放整齐时，她会很生气，在餐桌上也是这样。我丈夫经常不在家，他见得不多，但是他也很担心。芬妮总是不停地

洗手。上次因为她洗得太用力了，手上流了很多血，满水池都是。有一次她换衣服，就像洗手一样花费了整整一个上午。她是一个可爱的、优雅的女人，为什么会这样？她是着魔了吗？”说来也奇怪，许多年前人们（现在也有一些人）会把强迫行为和魔鬼附身（demonic possession）看作是一回事。

在芬妮去精神科医生那里做评估之前，我们又问了她一些问题。我们想知道芬妮的治疗目标，她对目前发生在自己身上的这些事情有什么看法。“我想有所好转，大夫！这是第一件事。我想可能是我的脑子或者我身体里的化学物质出了什么问题，你知道，就像罗西妮（Roseanne，一位女喜剧演员）一样。我想停止洗手，或者至少在一定程度上可以控制。如果不能停止，我最终会杀了自己。现在焦虑正一点点的杀死我，我需要我的手来工作。我会失去我的工作、我的家庭、我永远也不可能结婚。我会失去太多，所以，请帮帮我。”

诊所人员认为我们已经具有足够的信息，可以为芬妮做一个精确的诊断了。我们有了更多的信息后又一次呈现了芬妮的案例。在芬妮与精神科医生见面之前诊所就经过讨论给她做了一个诊断。如果精神科医生不同意我们的诊断，我们会和她讨论，以做出一个更准确、更合理的选择。没有一个诊断是绝对正确的。

强迫症（OCD） 300.3

病源理论

对于强迫症的发展有一些特殊的病源学解释。首要的因素是关于重复出现的强迫观念所发展出来、表现出来的焦虑。让我们假设芬妮有一种思想（比如关于性的），这种思想不停地进入她的意识。避免这种想法简直是不可能的，基于她的成长经历，她认为，想到性这方面的事情是肮脏的或者不道德的。她试图通过压抑或转移注意力（和防御机制比较类似）来阻止这种思想的出现。

最后这种方法变成了强迫行为。有趣的是，强迫行为注定会失败，因为它们实际上增加了这些不良想法的频率。回避行为，就像我们在第一章探讨里的一样，似乎只会增加焦虑，在这个案例中，强迫观念会变得更加严重。

弗洛伊德学派会把强迫观念看做进入意识状态的无意识本我冲动，而强迫行为是自我压制它们的行为或努力。对肮脏和污染（和芬妮的症状相似）的强迫观念可以看做是和肛门期相联系。实际上，可以用退行进行解释。个体可能具有玩粪便的无意识需要（同样也是本我冲动），所以导致一片脏乱。清洁的强迫行为就是用来压抑这些冲动和想法的。弗洛伊德可能会说这是一种肛门排出期性格，通过使用反向形成（reaction formation）来保持清洁，正如你所期望的，这种解释没有被研究所证实，所以只是一种假设而已。

学习理论家，如斯金纳（Skinner），可能会认为由于强迫行为给强迫观念提供了焦虑缓解，由此产生了负性强化，从而加强了强迫行为。因为强迫行为被焦虑的减轻所强化，这就变成了一个刺激—反应循环，一直持续着，并不断被加强。认知理论家，如埃利斯（Ellis），可能认为这些个体夸大了危险因素，并且对信息的认识产生了偏差。换句话来说就是，他们是杞人忧天，对现实过激反应。因为他们认为可怕的事情会发生在他们身上，于是他们就使用强迫行为来防止伤害的出现，当然还有焦虑和强迫观念。这些也可以被看做是不合理信念，芬妮必须要很干净，因为“一个细菌就可以让我生病！”完美主义者也适合这种解释。

Begley（1998）对关于大脑某部分对个体发出危险信号的研究做了综述。他表示，一些研究者假设大脑的这个区域持续地释放警报信号；这些信号告诉个体立即进入警觉状态。这会导致强迫症。这个理论还假设，大脑在减少重复行为方面作用甚微。大脑的运动沟回（motor strip）在这一点上也显示不出自己的力量；它主要是用来控制运动的。这可能有助于解释重复洗手和不停的检查行为，因为运动沟回不能停止这些行为，或者可能因为功能不良而引发它们。

治疗计划

治疗强迫障碍的目标是直接而简单的。主要目标就是减轻或者消除强迫行为和强迫观念。当消除了强迫观念，强迫行为也就随之减轻或消除了。有两种可行的方法来实现这一目标。第一种方法涉及到药物，所以，因为这个原因，芬妮需要见一下我们的精神科医生。

精神科医生同意我们对芬妮的诊断，并且决定给芬妮服用一些药物，除此之外，他还建议芬妮参加每周一次的家庭治疗。精神病医师给芬妮开了百忧解（氟西汀）。百忧解是抗抑郁药物，属于选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）。百忧解和其他SSRIs，如左洛复（盐酸舍曲林）和帕罗西汀都对缓解强迫观念有良好的效果，但是具体原因目前还不明确。在强迫症患者中大约有60%的人服用SSRIs药物后病情有所好转。有些专家假设强迫症可能和5-羟色胺不足有关（Greist，1990；Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。有些病人服用任何一种SSRI药物都没有作用。正如我们所提到的，这些药物可能具有副作用，服用后会很不舒服。服用这类药物一般需要3～4个月的时间才能减轻或者消除强迫观念。停药后通常会出现症状的复发（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。

另外一个治疗强迫症的方法就是自我暴露结合反应预防法（exposure with response prevention）。首先，把芬妮故意暴露于一个会产生强迫性思维的情境中。这可能是让芬妮离开房间或者和某人或某些东西进行接触。反应预防是指芬妮从生理上防止强迫行为（反应）产生。这个方法可以缓解与人接触带来的焦虑，同时可以预防由焦虑引起的强迫行为。最终，由威胁性情境引起的焦虑也会随之消失。我们用来治疗芬妮的技术和对莎拉使用及第一章中的暴露技术很相似。在这个过程中，芬妮得到了母亲和最好的朋友乔治的帮助。芬妮表达了她对整个过程的感受。

"让我告诉你，这简直是受虐！很难阻止这些东西进入我的脑袋。你知道，它就像一团小火苗。你扑灭了一个，又会燃起另外两个。它们是不会停止的。就好像有人强迫我做这些事情，我一点都控制不了。你永远也不能想象被故意放到这种情境中对我来说是多么艰难。但是我会继续做下去。"这些治疗方案会对芬妮有效吗？请继续阅读。

我们也为芬妮提供了一个共情的环境，给她尽量多的安慰和支持。我们对她不能停止强迫观念和强迫行为表示理解，并且表示她已经为此付出了这么多。芬妮是一位善良、可爱、优雅的女性，在整个咨询过程中我们非常强调这一点。我们向芬妮传授关于强迫症的知识，并且采用读书疗法（向她推荐关于强迫症的书籍，给她阅读的材料，并向她介绍相关的网站）来帮助她了解她的问题。

我们从芬妮的母亲那里得到更多的启发。我们发现芬妮的母亲在芬妮回来吃饭之前会确保桌子按照固定的样子摆放，房间里的任何东西都会放在原来的位置。"对发生在芬妮身上的事情我感到很内疚。我的家庭和艾德蒙多（芬妮的父亲）的家庭都没有人出现心理问题，所以，一定是我在怀孕期间做了什么事情才会出现这种情况。这可能是为什么我们只能有一个孩子的原因，这是我的错。不是芬妮的错。"我们就强迫障碍向她做了科学的解释，并且对她的内疚情绪做了治疗，这些内疚根本没有现实基础。

我们还使用了一些现实疗法（reality therapy）技术，主要用来帮助芬妮学习承担责任，帮助她把按时服药，继续治疗和坚持对强迫症的学习进行到底。我们很高兴她按照我们的要求去做。随着接下来几个月疗程的进展，芬妮继续服用药物，并且坚持使用暴露疗法，她发现自己的强迫观念已经有所减少。我们不能确定这应该归功于药物还是治疗或者治疗的附属物（比如读书疗法）。不管怎么说，芬妮的强迫行为已经减轻到能回到公司上班而不会有太大的问题了。"我来这里接受治疗的时候向公司请了延长病假，他们当然不会炒我鱿鱼

了，因为我正在接受心理治疗嘛。我又回去工作了，上司很高兴。我开始拿出部分时间工作，以免压力太大。上司告诉我她会推迟我到学校学习的时间，等到我的状态恢复得差不多了再去。我完全接受这种安排。即使我现在去了，学校也会让我感到极不舒服，我也无法承受那种压力。”

上司允许芬妮上班迟到，但是像以前一样她必须加班。医生治疗了她手上的伤口，虽然疤痕还在，但是确实是好多了。“我还会洗手，但是已经不是一天洗几个小时了。摆脱那些疯狂的想法真是困难。我真希望能进入我的脑袋去掉某些东西。”

芬妮的母亲也意识到了她和女儿的状况没有必然的联系。“我还是不能完全相信。一定是我做了什么事情才导致这些事情发生的。这不是偶然发生的。一定有某个人或某些事要遭到谴责。”我们告诉她，遗传因素可能会导致强迫症的产生，但是这不是她能够控制的事情。我们向她解释了她是如何含辛茹苦，尽最大努力把芬妮抚养为现在这个样子的。没有任何证据能够证明她的母亲在怀孕或者抚养芬妮的过程中犯了“错误”。我们相信她在疗程中对我们所说的话。

芬妮在开始服药后的接下来7个月都来接受治疗。在治疗的最后，她的症状得到了控制，但还没有完全消失。我们感到她基本上恢复正常，症状控制得比较稳定，可以结束治疗了。那时，芬妮又开始和男生约会了，她在母亲工作的饭店里遇到了一个不错的男人。“这是一个新的开始。我每个星期六都会在饭店吃晚饭，有个可爱的男生总是独自坐在柜台旁。妈妈不停地对他讲我的事情，还给他看了我的照片，你知道吗？后来我在那里吃晚饭的时候就遇到了这个男孩了。我们都觉得彼此很合适，现在已经在一起有一个月了。我希望我们的关系能够一直维持下去。”芬妮和她的母亲对我们表示感谢，并表示来精神科医生那里做药物再评时会顺便来看我们。

研究表明治疗强迫症最有效的药物就是SSRIs（Bezchlibnyk-Butler &

Jeffries，2002）。这些药物在前面提到过。这里我们再简要介绍另一种临床上证明有效的药物，安拿芬尼（Anafranil，又称氯米帕明，clomipramine），一种三环类抗抑郁药。尽管安拿芬尼对强迫症有60%的有效性，但是像所有的三环类抗抑郁药一样，它有明显的副作用（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。患者服用后可能有口干、反副交感神经生理副作用，以及便秘。许多从业者称之为抗组胺剂类效应，因为它们的反应类似于康泰克的反应。当停用安拿芬尼后，患者的症状易于复发（Maxmen & Ward，1995；Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。然而，安拿芬尼确实能够治疗强迫症。随着对这一疾病继续进行研究，治疗者有望得到更多的治疗药物选择。

预后

芬妮的预后被评为"一般"（fair）。你是否同意这一判断呢？尽管芬妮在治疗中有很好的进步，而且仍在服用百忧解，但是症状复发的危险总是存在的，特别是停用百忧解以后。另外，由于一些不明原因，一些药物（或一类药物）在服用一段时间后会失去疗效。我们不能保证这种情况不会在芬妮身上发生。

还有其他的问题。芬妮现在生活得不错，但是如果发生了危机或压力事件她能够应对吗？许多有心理障碍的人不能应对压力。在压力事件期间症状复发是常见的。芬妮在治疗时没有遇到大的问题，所以我们不知道她应对压力的能力如何。

最后，即使是治疗最成功的人也可能会留有明显的后遗症。这让人感到很不安，特别是当患者认为他们的治疗已经达到预期效果之后。治疗结果类似于一个人节食后减轻了90公斤体重。效果非常好，他继续节食，但是碰到了高原现象，无法再继续减轻体重。于是他感到失望，放弃节食，开始吃得很多，于是又增加了很多体重。

芬妮结束治疗后我们又与她保持了18个月的联系。她报告说还在服用百忧

解，而且还在看精神科医生。她正准备回波多黎各待上两个月看看家里人，并且好好休息一下。她不太担心症状复发，特别是她的母亲也会在那里。自从我们上次见面后，她已经谈了两个男朋友，现在正在着急地寻找一个新的男朋友。她对未来很乐观，我们告诉她如果需要可以回来找我们。

我们等了4个月，芬妮两次精神科的预约都没有来。我们给她打了电话，留下了三个留言，却没有得到回音。我们没有再和她联系上。我们再也没有芬妮的消息了。

复习和思考题

莎拉

1. 治疗师对莎拉诊断的准确程度有多高？
2. 说说莎拉的父亲停止治疗的理由。
3. 说出能够解释莎拉滥交的更多理由。
4. 你认为应该对莎拉的酗酒问题给予多大程度的关注？
5. 莎拉与父亲的关系似乎很矛盾。在他们的关系中还有什么因素在起作用？
6. 莎拉的父亲认为因为是他在付咨询费用，因此他有权利知道治疗中的一切。说说你对这一问题的看法。
7. 你对让莎拉的母亲参加家庭治疗的观点有什么看法？
8. 你对让莎拉接受男治疗师的治疗有什么看法。

芬妮

1. 你认为芬妮没有再回诊所的原因是什么？
2. 说说芬妮行为的可能原因。
3. 你对用药物治疗芬妮的症状有什么看法，特别是在知道药物有副作用的情况下？
4. 假如芬妮的文化能够接受她的强迫症，但是你是在美国对她进行治疗。你会怎么做？为什么？
5. 你对让芬妮继续工作的上司有什么看法？
6. 考虑到芬妮的症状情况，她持续治疗了很长时间。解释一下这为什么不太寻常。
7. 你对芬妮不能控制她的冲动的原因是如何假设的？

第三章
心境障碍

继物质滥用之后，心境障碍（Mood Disorder，之前称为情感障碍，affective disorders）成为美国最普遍的心理健康问题。每年用来治疗心境障碍的费用高达数百万美元。百忧解（氟西汀）和左洛复（盐酸舍曲林）已经进入美国。在美国许多名人都患有心境障碍：美国老牌电视新闻节目《60分钟时事杂志》的著名主持人迈克·华莱士（Mike Wallace）、美国前国务卿科林·鲍威尔（Colin Powell）的妻子阿尔玛（Alma）、电影演员金·凯瑞（Jim Carrey）。最奇怪的是，有关资料显示鲍威尔夫人的抑郁症是妨碍鲍威尔竞选2000年总统的罪魁祸首。根据一些报道（和常看电影的人的说法），金·凯瑞的假想心境障碍对他的工作有很大的帮助。他已经把他的"躁狂能量"转化成了广义上的喜剧，这和罗宾·威廉姆斯[注]（Robin Williams）很相似。然而，金·凯瑞的心境障碍也为他带来了人际关系问题。心境障碍影响着至少3 100万美国人，但是我们对这一具有严重破坏性问题的了解却还远远不够。你知道抑郁症的特征和症状吗？什么是双相障碍（Bipolar Disorder）？让我们来看两个不同的案例，看看心境障碍是如何影响他们的生活，以及影响他们所爱的人的生活的。

【注】好莱坞著名喜剧明星，代表作有《窈窕奶爸》。——编者注

重性抑郁障碍

艾莉森的案例：忧郁地歌唱

问题呈现

艾莉森是一位43岁的白人女性，已经结婚12年，有一个10岁的女儿。艾莉森（或者叫艾丽，她喜欢别人这么叫她）是一位工程师，在美国一家大公司做顾问。艾丽是在欧洲长大的，实际上她出生在英国。她的父母在二战大屠杀期间逃出了匈牙利。艾丽身高173cm，体重72公斤。她有一个弟弟，但是因为离得远并不经常见面。她住在美国大约有36年的时间了。

艾丽第一次来见我们的时候，上穿一件宽大的外套，下穿一条宽松的家常裤，脚上穿一双凉鞋，脚趾甲发亮，但没有戴脚趾环。她的头发很短，戴着眼镜，手上戴着结婚戒指。她情绪很低落，很少露出笑容。她的眼睛是红色的，有点肿，好像在来我们这里之前哭过了。她和我们的目光接触良好，但当我们的目光接触时，会发现她抑郁的表情更明显了。

艾丽的母亲是一个家庭主妇，父亲是一个建筑承包商。"父亲经常提起那次大屠杀，很明显那对他们产生了很大的影响；不可能不影响的！其实，它也明显地影响到了我。那是后话了。"

是什么原因促使艾丽前来寻求治疗的？"最近我发现自己变得很奇怪。经常发脾气，很容易伤心，罗丝出生后这种情况变得更严重了，但是医生告诉我这是很正常的，不是我丈夫罗伊认为的产后抑郁。大概3个星期之后情绪有所好

转。但在过去的一年当中情况变得越来越糟糕。我有时候睡得很多，有时候又会在半夜醒来再也无法入睡，胃口也越来越差（这倒是好事了，因为我需要减肥），性欲（力必多）也下降了，我感到非常伤心。我有一种空虚和无望的感觉，就像生活不值得去付出努力和争取一样。我的能量枯竭了。我觉得工作和照顾罗丝是问题所在，但我不能确定。你知道无论天气怎样而你却觉得每天都很无聊和阴郁吗？今天外面的天气很晴朗，但是对我来说，我只看到灰暗。别人和我在一起感觉不到乐趣，这个罗丝知道。这是更年期的早期症状吗？我不知道。所以我来这里想要知道我到底怎么了。

背景信息

艾丽的成长经历没有什么特别的；发展状况良好。艾丽以平均成绩C高中毕业，大学毕业时也是相似的平均成绩。“我在学校里的表现还不错，但我从来没有把全部的时间用在学习上。我和同学在一起玩得很开心。我是一个很努力的人，但是成绩对我来说不是那么重要。

“我在中学和大学的时候都没有出现大的问题。在中学我有时会被同学取笑，因为我头发很卷，还戴着深度眼镜。那时我还有些超重，但是并没有什么影响。我尽量远离每个人，而投入阅读中。那是一种严重的逃避。在大学的时候，我并没有拼命学习，也没有疯狂参加各种聚会。我和朋友们待在一起玩，没有太多约会。我并不随意和别人发生性关系，这样的生活也不错。”

毕业后，艾丽在一家电信公司找了她的第一份工作，一直工作了8年。她和她丈夫的第一次见面“是在一次陌生人约会[注]中，我在约会中没有那么好的运气，所以我的好朋友琳达做了一回红娘，为我介绍一个人认识。很快我们就

【注】像我国一样，在欧美国家，一些年轻人也会通过朋友、亲人或同事的安排见面，这种跟以前从未见过面的人的约会叫blind date，即陌生人约会。——编者注

发现我和他在一起很合适。运气继续光临我们，罗伊因为工作上一个很大的提升被调往纽约（他是一位医学博士，研究科学家）。如果他去纽约，我就要跟着他去，否则，我们就要面临很长时间的分居生活。在去纽约前不久他向我求婚，后来，我就辞职并随他一起来了纽约。到了纽约之后我找到一份顾问的工作；很快我们就结婚了，两年后生了罗丝。在经济上我们很宽裕，我所有的梦想都在婚姻和罗丝身上实现了，一切都很顺利。”

艾丽有些生理上的问题需要引起我们的注意。“在我16岁的时候，曾经有过椎间盘突出（slipped disc）。就是背上有个椎间盘有些膨大，并有一点错位。当时疼得很厉害，我足足有6个星期没去上学，直到后来物理治疗矫正好了之后我才回到学校。现在我有时候也会感到有点疼，当然不像那次那么厉害。我有背部问题的家族史，他们或是自己忍受痛苦，或是服用阿司匹林和布洛芬（ibuprofen，又称Advil）来缓解痛苦。这种病有时就会疼得要命，一阵一阵地。我读了一些关于慢性疼痛受害者的文章，发现我也是其中之一。可以说，我继承了我们家族有问题的背部。

“因为我的背部疾病和年龄状况，我也考虑到当时怀孕具有很高的危险性。我生下罗丝时还不到35岁，不过医生对我进行了认真的检查。除了我时常感到疲倦以外，没有其他问题。但是，随着分娩期的接近，我的背疼得越来越厉害。怀孕没有带给我带来任何快乐。罗伊也很担心，但是千万不要让你的医生丈夫照顾你。他们总是居高临下，这简直太讨厌了。”艾丽努力做了一个微笑，但是看起来还是很勉强。当她继续讲述背景信息的时候并没有看着我们。

艾丽说她没有酒精滥用方面的问题，也没有服用过毒品。“绝对没有。我不是一个有毒瘾的人。我所在的大学不是一个典型的自由主义机构。如果你被发现藏有任何非法物品，是一定会被开除的。我花了很多钱上学，不想被学校开除。我不喜欢让一些异质的、危险性的物品进入我的身体。我偶尔会喝一些酒，但不会出现什么大的问题。”到目前为止，她的背景信息似乎没有显示出

异常或者“危险性”的情况。临床治疗师会寻找关键事件和信息来帮助他们做诊断。在艾丽的案例中，接下来我们会着重关注她的生理症状，看看它们能带来什么信息。

“我很担心我的睡眠方式。在过去7个月中，我感觉很累，以至于工作时不能够集中精力。这真是少有的情况。我实在太累了，好想在周末好好的睡一觉……至少一天睡12 ~ 14个小时。好多次我凌晨3、4点钟醒来就再也睡不着了，真是莫名其妙。我躺在床上就开始思考一些事情，比如世界的问题和我们的问题。这是一件很恐怖的事情，因为我以前从来没有出现过这种情况。罗伊对此也很担忧，尤其是他经常要工作到很晚才睡觉的时候。我躺在床上辗转反侧，影响得他也睡不着。这在很大程度上影响了我们的生活。”

睡眠障碍在美国并不少见，尤其是在当今高压力的时代。实际上，人们过度使用安眠药物（巴比妥类药物；也叫镇静剂或者催眠药），而它们并没有那么有效。它们会在短期内起作用，但如果长期服用，却失去了疗效，并且很容易成瘾（Bezchlibnyk-Bulter & Jeffries，2002）。艾丽的睡眠问题需要考虑，但是我们还需要更多的信息来做诊断。

艾丽的性欲也下降了。我们接下来会探讨这个问题，现在我们需要先对这一问题做一下判断，看是什么因素导致的。因为很多因素都可能引起性欲的减少：焦虑、压力、心境障碍、人际关系问题、酒精或物质滥用、生理问题等。我们提出这个问题，让艾丽做些解释。

“罗伊确实抱怨了我的性欲减弱了。近来我们的性生活不太多。他的工作很辛苦，我要工作，还要照顾罗丝，也很疲倦……但是以前不是这样的。以前我也是很累，可我还想要性生活，但是现在我却没有这个愿望了。我们曾经试图去做，但是没有任何乐趣。努力也没有用。我仍然很爱罗伊，并且愿意表达我的爱意，但是即使接吻和性前的爱抚都需要付出努力才能做到。我仅有的能量不值得花在这些事情上。他为此很担心，因为我以前在床上是很狂野的，甚

至是贪得无厌。这是很奇怪的一件事。以前，很难把我从罗伊身边推开，无论白天还是晚上。但是现在……”说到这里，她的眼睛开始湿润。

“我很为这些变化担心，而且最近一段时间我感受不到生活的任何快乐，所以来到你们这里寻求帮助。再这样下去，我迟早会失去我的婚姻、工作和女儿。在这一切发生之前我需要弄清楚这到底是怎么回事。我根本没有精力去照顾女儿，眼看她就要进入青春期了。为此我很担心。由于我整日疲惫不堪，来到这里无论是心理上还是生理上我都费了很大的劲。我感觉很不好，并且对这种不好和疲倦的感觉感到厌倦。”

所以，艾丽到我们这里来寻求关于她的生理症状的答案。这很正常。心理学家必须对以下问题保持高度的敏感性：许多心理问题都伴有明显的生理症状，许多生理障碍看起来却非常像心理问题。艾丽是和罗伊一起到我们这里来的。起初我们是和艾丽一个人交谈，后来她问罗伊是否可以加入治疗，因为罗伊希望能够尽可能地参与进来，并且他也很想得到问题的答案。

思考题

1. 举例说明艾丽可能出现了什么问题？她有生理问题吗？引用证据来支持或反驳你的观点。
2. 统计数据表明女性患抑郁症的人数大于男性，引用证据来支持或反驳这一观点。
3. 抑郁症可能有家族遗传的因素，但是关于此因素的作用目前还没有达成一致意见。鉴于此，你是否认为艾丽的父母或祖父母也患有抑郁症？
4. 罗丝在多大程度上会受到艾丽情绪的影响？你对此有何建议？
5. 她的医生排除了产后抑郁症的可能性，你是否有证据说明她可能患有此种抑郁症？

评估与诊断

我们先用非结构式诊断访谈和贝克抑郁量表（Beck Depression Inventory-II，BDI-II）对艾丽进行了最初的评估。此外，她还进行了精神科的精神状况评估。贝克抑郁量表是由亚伦·贝克（Aaron Beck）博士和他的同事编制的一个纸笔作答的自评量表。该量表的原始条目是通过观察抑郁症住院病人的典型态度和症状而形成的。贝克抑郁量表可以用来测量精神病人与抑郁有关的认知，也适用于“正常”（非精神病）人。贝克抑郁量表的得分越高，表示个体的抑郁程度越严重。有些临床治疗师和病人一起填写量表，而有些治疗师让病人自己填写。在此提醒一下，任何自评的测量都会有偏差，所以要谨慎使用测验结果。

艾丽告诉我们，她从13岁就出现了抑郁情绪。“我发育得比较晚，当我开始发育的时候却又在长胖。我经常因为与其他11、12岁的女孩子长得不一样而受到嘲笑。不用说，这对我的打击很大。我试图通过远离大家来解决这个问题，甚至有一段时间我不愿起床去上学。母亲很包容我，她没有强迫我去学校。父母怀疑发生了什么事情，但他们最终把这归结于“青春期忧郁”（teenage blues）或者“荷尔蒙愤怒”（hormonal rages）。我一直认为远不止这些，但是我的父母根本不相信心理治疗，当时我们学校也没有专门的心理咨询师或社会工作者，所以我根本无从获得这方面的信息。我知道心情一直灰暗不是青春期忧郁。我父母也没有途径可以得到关于这个问题的答案。他们认为他们可以处理，但他们只是无知的移民而已。欧洲人不相信任何什么抑郁症之类的东西。”

艾丽的案例非常具有代表性。据调查，青春期抑郁症（如果说是发生在艾丽身上的情况）影响着8%～20%的青少年（Hammen，1997）。但问题是在过去青春期抑郁症并没有被当成一种心理疾病进行诊断，或者说没有被准确诊断，所以，当这些青少年成年以后抑郁的症状会更加严重。在此需要说明的是，对这个问题的研究目前还没有得出一致的结论。现在，越来越多的健康专

家开始关注这一问题，而对青春期抑郁症的早期诊断也日益普遍。对这个年龄组的治疗也越来越被大众所接受。

由此看来，艾丽似乎在青春期就已经显示出轻微的抑郁症状了。随着咨询的继续，我们探讨的更加深入，由此也得到了一些至关重要的信息。“从我记事起，就记得母亲遭受抑郁症的折磨。她一直在服用阿密替林（Elavil，又称amitriptyline，抗抑郁药），似乎对她有些帮助，但是我几乎不记得她有不服药的时候。服药让母亲经常没有精神，昏昏欲睡，而且喜怒无常。她把她的抑郁归咎于大屠杀的结果，这也是可以理解的。一个从那种情景下逃离出来的人如何能够像正常人一样？”阿密替林是一种三环类抗抑郁药（tricyclic antidepressant，TCA），是抑郁症患者的常用药物。它是最早进入市场的药物之一，并且成功占领市场多年，直到生产出百忧解（氟西汀），它的使用量才降下来。

“母亲总是在家里，她会想办法把她的抑郁掩饰起来，不让我们发现。她会在床上躺很长时间，当时我们认为是由于她失眠或者因为照顾我们和做家务太累了。她整天没有精神，注意力也不集中，就像我近来经常的表现一样。长时间注意一个目标对她来说是很难的。她经常在做饭的时候无缘无故地停下来。我们都准备好吃饭了，她却还没做好呢。这时，她会耸着肩膀，向我们道歉，然后到她自己的房间里哭泣。因为总是出现这种情况，我们开始怀疑她是不是患了癌症之类的疾病。我们不知道是什么原因使母亲变成那个样子，她也从来不告诉我们。

“母亲到现在也不愿承认她患了抑郁症。当然，我已经很清楚地知道她患了抑郁症。是这样的。我们家的人都不愿承认自己的弱点和错误，我们总是拿自己的问题去责备别人。母亲看了很多医生，但他们只是给她开了安眠药！那只会让事情变得更糟。”再重复一次，这种现象并不少见，为什么？

这有许多原因。首先，一些医生（即使是今天）并不了解心境障碍的特点

和症状。睡眠问题只是其中一个可能的症状而已，当出现上述睡眠情况的时候，一些医生就会错误地开安眠药来治疗。还有就是，一些医生不愿探究病人的心理健康史，认为那属于病人的隐私。

“当我出现了那些不良的感觉之后，就去了我们的家庭医生那里，她说对于青春期的孩子来说这是正常的。她没有给我开药，只是告诉我要加强锻炼，但我总认为她是在婉转地告诉我，应该注意我的体重问题。至少她没有开安眠药给我。在我们家，心理治疗从来不在考虑的范围之内，因为我们都不相信心理治疗。我们认为如果你出现了问题那就自己处理，或者干脆不理它，随着时间过去让其自动消失。所以，今天能来到这里，对我来说就是一个很大的进步。到现在我仍然很不明白，你告诉医生你感到很阴郁，并且很没有精神，他们竟然认为这是正常的，而且还简单的把这归咎于体重问题。”

我们仍然需要进一步澄清艾丽的情绪状态，尤其是她一直感到“阴郁”（gray）这件事。“那是什么意思？嗯……很难描述。就好像在大晴天里，我却只能看到灰暗和阴霾。如果你让我画一幅画，太阳将会是黑色的，并且不是因为日蚀所引起的黯淡。即使以前喜欢做的事情，比如：游泳、看书、玩游戏，也很少或者根本不能给我带来快乐。我也很少能从罗丝身上得到快乐。无论境况如何，任何事情在我的眼里都是不好的，消极的。除了这些，唯一能够描述它的方式就是亲自去体验了。”心境障碍的患者往往这样看待生活，我用《花生》（Peanuts）漫画里的“查理·布朗”【注1】（Charlie Brown）来类比他们的感受：不管你做什么，生活等待你的只有失败。查理·舒尔茨【注2】（Charlie Schulz）不允许查理·布朗快乐，除了一件事情之外（他打了一个本

【注1】查理·布朗是《花生》漫画中的人物。查理·布朗用他恒久的失败赢得人们的心。他是最彻底的失败者。他游行或参加棒球赛时天永远下雨，他忧虑成癖整日为微不足道的琐事烦恼。尽管他关心人生的真谛，他的朋友们有时却称他“木头脑袋”。——编者注

【注2】查理·舒尔茨（1922～2000）是一名漫画家，《花生》漫画的创作者。2000年因结肠癌去世。——编者注

垒打，赢得一场棒球比赛）。具有讽刺意义的是，舒尔茨本人也深受抑郁症和心境障碍的折磨。我们常听病人说“就好像我们不被允许，或是我们也不允许自己高兴一样，因为我根本不值得去高兴。如果我高兴了，我不知道接下来应该如何反应，高兴原本就不属于我。”

艾丽继续说，“我经常想，我是一个可怕的人，是一个魔鬼。我是一个失败的妻子、一个失败的母亲，我根本配不上我丈夫的成就，达不到他的标准。我常常想结束自己的生命来缓解这种无休止的痛苦和阴郁。如果我的家人希望我死去，我一点也不会觉得惊讶。对罗丝来说，我是一个不称职的母亲，晚上我根本没有精力陪她在一起。白天的工作已经需要我耗费巨大的精力了。幸好我是和别人合伙租车上下班，否则我还要自己开车。”

我们接着谈论艾丽性欲下降的问题。性需求的问题可能是生理问题（例如，荷尔蒙问题，感冒、流感、季节性过敏症，或睡眠障碍）的一个症状，或者是其他心理问题（性心理障碍、焦虑障碍等等）的症状。“就像我说的，我在性这方面一直是贪得无厌的。我们一个星期会有5次性生活，不管有多累。我们做爱的次数太多了，有时候我都担心我们会有一群孩子。（说到这里她笑了，并且和我们有良好的目光接触）。那个时候我们相处得很融洽。当我的性欲渐渐下降，罗伊开始以为是不是他哪里做得不好。开始我觉得只是激素问题，但是这种情况持续了3个月，我觉得可能是其他的问题了。我足足花费了一个月的时间才有勇气向医生谈这个问题。和他人谈论这种问题并不是件容易的事；搞不好别人会认为你是个傻瓜，或者是性冷淡。医生告诉我，我没有任何生理问题，实际上，他鼓励我去看心理医生。当然，一开始我并不相信他所说的话，所以，我又看了一位妇产科医生（OB/GYN）……他给了我同样的建议。我怎么可能突然对性生活失去兴趣呢？即使我躺在那里我都觉得能获得性快感，这没什么。我曾经是一个性欲非常强的人，现在就好像有人关上了我的开关，我不知道怎样再把它打开。”当艾丽说到这个问题的时候，我们以为她可能会哭出来。我们看着她，只看到她的眼睛有些湿润。除此之外，却没有其

他的反应了。

我们开始能够看出艾丽病情发展的模式。接下来我们打算关注一下艾丽的饮食情况。“现在我的胃口不太好，我想可能和我睡得太多、性欲下降有关。当我性欲旺盛的时候胃口也很强。因为没有胃口，我的确吃得很少，我的体重也下降了——看来每天生活在阴郁的世界里也有一点好处。你知道，匈牙利人能做出世界上最好的糕饼，但我对食物也没有兴趣。现在我已经能够完全不受巧克力糕饼的诱惑。以前，我到父母那里去总会变胖，因为母亲知道我喜欢吃什么。现在，根本不想那些了。糕饼不会给我带来任何好处。当我看到它们的时候我甚至想，我愿意把它们都吐出来而换得一些反应（这时候她看着我们微微地笑了一下）。罗丝很高兴，因为这样她就可以得到更多的糕饼。罗伊却高兴不起来，当他看到我这个样子的时候，他知道一定出了很严重的问题。那又怎么样呢？他把我的乏力和性欲下降归咎于荷尔蒙，但是如果艾丽不喜欢吃蛋糕了，那我简直是疯了。”食欲降低和体重减轻是重度抑郁症可能的症状之一（APA, 2000）。

到目前为止，我们可以看出艾丽可能患有心境障碍，很有可能是抑郁症的一种。让我们看看在对艾丽做诊断之前能不能得到更多的信息。艾丽的贝克抑郁量表的得分是25分，这表示她有中度抑郁的症状。得分在30分或者30分以上者表示有重度抑郁。即使我们在前面提到，自评信息要谨慎使用，但是艾丽的得分已经很高，足以做出抑郁症的诊断。

有一次我们和艾丽的谈话结束后，罗伊进来了。他同意艾丽告诉我们的每件事情，他也认为艾丽患上了抑郁症，但是他对艾丽是否能够得到帮助感到无望。“我有多年的行医经验，在医院治疗过无数的病人，但在这件事情上我却没有任何办法。当她开始说由于情绪低落，她感觉自己是一个麻烦、一个魔鬼的时候，我意识到事情的严重性。但这确实不可理喻，这不是我了解的艾丽。当我第二次听到她这么讲的时候，我要求她去看家庭医生。当然，因为她的行

为，罗丝也受到了伤害，所以我告诉她‘这不是妈妈的错，她只是有病在身，况且她仍然非常爱我们。’从那以后，我告诉艾丽我要她去寻求一些专业的帮助。幸运的是，她也是这么想的，我们就到这里来了。”

基于艾丽表现出来的症状及这些症状的持续性，我们对艾丽做了如下诊断。看看你是否同意：

重性抑郁障碍，反复发作，中度，
慢性，伴忧郁特征 296.32

病源理论

如果在本章中我们试图谈论所有关于心境障碍可能的病源学基础，那么我们应该用单独一章的内容来探讨！下面，我们将讨论一些得到研究大力支持的病源学基础。首先，压力在心境障碍的发展中扮演了重要的角色，尤其是抑郁症。压力事件包括失业、人际关系问题、生理疾病和经济困难。当人们认为他们要为生活中的不幸事件负责时也容易引发抑郁症，比如，失业、成绩不良、人际关系问题。这是两个相互影响的过程。压力可以导致一个人患上抑郁症、心境障碍，而抑郁症和心境障碍也会导致压力的产生。有必要追究到底是哪一个在先，哪一个在后吗？压力还是抑郁？

降低人们罹患心理疾病的可能性的方法之一就是保证这个人有良好的社会支持系统（Karel，1997）。一些人对压力的容忍度要比另外一些人高，就像一些人更容易从丧失和创伤中恢复一样。在2001年9月11日纽约恐怖袭击中的幸存者中，不少人后来自杀了，还有一些人患了抑郁症。有一些人在治疗之后继续他们的生活，有些人甚至没有治疗就恢复正常生活了。心理学家认为，一般情况下缺乏良好社会支持的个体在治疗中很难取得成功。你可能听说过，婚姻是治疗抑郁症的好方法。有研究发现，离婚或单身的人其自杀率是已婚人的两倍（Weissman，Bruce，Leaf，Florio，& Holzer，1990）。当然，这里有一个假

设就是处于婚姻中的人都是幸福的。

弗洛伊德和他的追随者们认为，抑郁只是愤怒向内指向了自我内部的个体和重要他人，而不是指向外部。愤怒产生于重要他人威胁性的丧失或真正丧失。当个体不管是因为死亡、分离、离婚，以及离家等等失去重要他人而产生矛盾的情绪时，个体就很容易产生病态悲痛（pathological mourning）。病态现象就会产生自对重要他人的这种矛盾情绪：对他们既爱，又愤怒。这就会导致抑郁。也就是说，个体对重要他人的离去感到愤怒，并且愤怒的情绪达到了不可控制的地步。而内疚之情（来自超我）又阻止了个体去释放愤怒。所以，愤怒情绪就留在心里，导致自我痛恨，最终变成了抑郁。但是对于这种解释的支持很少，不过也有例外：一些研究表明重要他人的丧失会导致个体抑郁的产生（Paykel，1982）。弗洛伊德的概念提出了重要的一点：压在心里的感情会“滚雪球”，并且引起更大的问题。治疗师应该起到的作用是：帮助病人在一个安全、具有支持性的环境中释放他们的这种情感。

学习理论利用环境，尤其是正性强化的缺失来解释抑郁的发作。简单地说，当个体的行为不能从他的环境中获得足够的正性强化或负性强化时，抑郁就会产生（Lewinsohn，1974）。例如，一年之中的每个星期你都在加班，希望能够得到提升，可是你总是被上司忽略，这种强化的缺乏（或惩罚）就会导致抑郁和愤怒。家庭成员也可能成为个体抑郁的原因。他们可能试图帮助抑郁的个体，让他振作起来等等。但这同时也剥夺了个体的责任，使他更加无精打采，因此加重了抑郁的情绪。生活方式的变化，比如经济的不稳定、慢性或突发性疾病也可能影响正性强化的效果。这种解释已经得到了研究的支持，但还未确定这两者哪一个先出现：抑郁还是强化破坏？

Coyne（1976）用他的交互作用理论（interactional theory）来解释抑郁的病源学。他认为，和一个抑郁症患者在一起会感受到很大的压力，所以，他们给予抑郁症患者更少的强化。抑郁症患者可能会提出更多的要求来回应这种

"拒绝"，这又会使别人离自己更远。最后的结果是，抑郁个体更加抑郁，而且抑郁情绪更加根深蒂固。

贝克的认知观点具有广泛的影响，在此值得一提。他认为，抑郁是由个体消极或者扭曲的认知或想法而产生的。贝克把他的模型称为抑郁的认知三角模型（cognitive triad of depression）。贝克做了如下解释：一个人对自己具有消极的认识（"我是罪恶的，我是一个恶魔，我是不好的"）。这个人对环境也具有消极的看法（"这个工作很糟糕；学校很可怕；这个城市简直无法生活"）。最后，个体对未来的看法也是消极的，无望地生活着（"不管我做什么，结果都很糟糕"）。遵循这种思考方式的个体，当他们面临压力或者失望的情境时就很有可能出现抑郁。换句话说，通过采用这种认知图式，他们把自己置于失败或者抑郁的情境之中。

贝克认为这种认知图式是在生命早期对相关学习体验做出反应而发展起来的。儿童可能发现，无论他们做什么，都不能让他们的父母、老师，或同伴高兴。最后他们就会形成自己不可能成功、没有能力的看法。重要的是，他们可能认为自己未来成功的可能性非常有限，甚至是不可能的。接下来的生命中发生的事情是贝克理论中很重要的一个方面。当这些儿童成年以后，他们会对生活中的任何失败都很敏感，并将这些失败认为是自己与生俱来的无能的一个反映。所以，小失望（"今天我被老板批评了"）变成了大灾难，由此导致抑郁。总而言之，他们错误地理解环境信息，把任何失望都看做大灾难，认为未来是不可能成功的。而自我怀疑不会有任何好处。贝克把这些错误的做法称为认知扭曲（cognitive distortions）。贝克的理论和他关于认知三角的概念得到了显著的研究支持。但是我们仍然不能确定认知扭曲、消极想法和抑郁哪个先出现。所以，是否消极想法和认知扭曲导致了抑郁的产生还有待进一步研究。

Seligman（1975）也提出了一个有趣的概念：习得性无助（learned helplessness）。这很容易理解。因为个体感到自己没有能力控制环境中的强化

物（进而是环境本身），他们无力对生活做出积极的改变，这就会导致个体产生抑郁情绪。所以，抑郁症患者认为他们无力改变自己的生活；他们是所处环境的囚徒。Seligman的理论并没有解释为什么抑郁症患者的自尊水平都很低，也没有解释为什么有些人的抑郁更难治疗。

由于这些不足，Seligman和他的同事们修改了这个理论，称为修订无助理论（reformulated helplessness theory）。Seligman解释说，抑郁症患者有这样的表现是因为他们把消极事件和以下三种归因方式联系起来：内部因素，整体因素和稳定性因素。内部因素是个体认为失败反应了自身能力不足的信念；整体因素是和个体的人格缺陷有关的。稳定性因素是个体认为失败是由固定的人格因素引起的信念。修改后的理论得到了一些研究的支持，但它还是没有解释错误的归因是引起抑郁的原因还是抑郁的后果。

最后，在我们决定艾丽的最佳治疗方案之前，先讨论一些抑郁症的生物学观点。如前所述，心境障碍似乎有一定的遗传因素，可能会在家庭中遗传。研究也指出，如果家庭成员中已经有人患上抑郁症，那么，和其血缘更近的个体似乎更容易罹患抑郁症。双相障碍也是如此（Vincent，Masellis，Lawrence，Choi，Gurling，Sagar，& Kennedy，1999）。Kendler和Prescott（1999）还有另外一些学者认为基因和遗传因素在抑郁症的发展中有着关键的作用。他们还认为环境因素对抑郁症的发展起到同样的，甚至是更大的作用。最有趣的是，基因在决定谁有可能患有双相障碍方面有更重要的作用。心境恶劣障碍，是比重性抑郁症程度稍轻的心境障碍，它受遗传因素的影响比重性抑郁症或双相障碍受遗传因素的影响要小一些。

治疗计划

开始最重要的一个方面是调查艾丽的自杀想法。需要立刻进行关注这个问题是因为：如果我们不对自杀想法（这在抑郁症患者中是很普遍的）进行确切

地了解，很可能导致自杀行为的发生，包括自杀的企图。如果评估艾丽为积极自杀者，并有可能随时会对自己或者他人造成伤害，为谨慎起见，应立即住院进行精神治疗。积极自杀者应该住院接受观察与评估，接下来，医院来决定此人是否需要继续待在医院里。我们最后发现艾丽自杀想法还只是停留在想想而已，还没有实施的意向。那么，我们是如何确定的呢？我们从两个方面对此进行了探查。

最常见的方法就是通过诊断性访谈。临床治疗师让病人描述他的自杀想法，询问这种想法出现的频率有多高，最后出现的是什么时候，还有其他一些问题。治疗师接着会问："你有行动的计划吗？"对这个问题的回答很关键。我们询问了艾丽一些关于她的自杀想法的问题。"在过去的几年中我断断续续会出现这种想法，但我确实只是想想而已。我厌倦了灰暗的生活，厌倦了我对别人造成的痛苦，然后我想'如果能减轻别人和我自己的痛苦该多好啊。也许我应该结束自己的生命。'想一会儿之后我就意识到如果那么做我就看不到罗丝长大，看不到她结婚……（长时间的沉默）……然后这些想法就消失了。这种想法是有的，但我不想失去我所拥有的这一切。有没有自杀的计划？没有！我想如果我真要自杀我会选择最常见的方法，割腕或者吃安眠药。坦白的说，我还没有想那么远，去构思一个计划。我想我只是自然产生了那些想法而已。"

正如你所看到的，艾丽还没有一个详尽的自杀计划（你认为她所说的称得上是自杀计划吗？），这是一个确定自杀意图的重要诊断标准。如果一个人已经制定了详细的自杀计划，许多临床治疗师会评估计划的严重程度，以及潜在实施的可能性。计划越详细，自杀既遂的可能性就越大。因为艾丽的自杀计划不够详细，诊所人员认为她的想法具有危险性，但是现阶段还不会出现致命的危险。目前她还没有准备安眠药。但这些都是当前的情况。因此，我们的结论是：自杀想法需要进行实时地评估和监测，艾丽的想法也不例外。

妄想（delusions），如果很活跃，并且确定是妄想的话也需要进行住院治

疗。请注意非理性想法和妄想之间的区别（妄想是对现实的错误的理解，尽管有明确而强有力的证据证明事实并非如此）。通常，有心理问题的人都伴有非理性想法。但当个体坚信这些想法是正确的，并且按照这些想法来行事的话就需要引起注意了。也就是说，这种想法产生的频率很高并且控制了个体的生活。正如你的预料，罗伊对艾丽的非理性想法很担心。

心理障碍患者的非理性想法的来源也需要引起注意。艾丽告诉我们，“我总是认为自己是个麻烦，因为我对罗伊、罗丝、我自己，还有家里的其他成员带来了很大的痛苦。但我不是故意的，所以，一定是一些邪恶的东西促使我这么做的。我的家庭是最重要的……（艾丽开始哭泣）……我永远不会做任何伤害他们的事情。因为这一点，我才觉得自己对他们来说是个麻烦。”把艾丽的话和其他抑郁症病人相对比，“我是一个魔鬼，我是罪恶的，我应该受到惩罚，我应该去死。我忍受不了了，因为我是那么的讨厌和可怕，所以，请杀了我吧。”你能看出区别吗？

在这次疗程中，我们让艾丽去做精神病学评估。诊所人员对评估结果简单说了一下：“艾丽是一个有趣的，见解也比较深刻的女性，她的目光接触不太好，表情也很单调。艾丽神智清楚【注】。艾丽患抑郁症似乎已有多年；最近几年中这种情形加重了。艾丽曾经表示过她有自杀的想法。这种想法重复出现，大约一个月一次或者更频繁。目前还没有证据能表明她具有详细的自杀计划，或者有实施计划的意图。艾丽对未来很迷茫，但是她并不想真的结束自己的生命。她把自杀看作是‘结束灰暗生活的一种方法。’她认为自己是个麻烦，是有罪的想法本质上并不是妄想。这些想法没有偏执（paranoid）的内容，也没有基于这些想法的行动。艾丽对自己和别人当前没有危险。现在还不需要住院进行评估。”我最初的诊断印象和诊所人员所说的是一致的：

【注】在进行精神状态的测试中，如果能正确地辨认出家庭成员，知道自己是谁，在哪里，现在何年何月等，就称为神智清楚（oriented times three）。——编者注

重性抑郁障碍，反复发作，中度，

慢性，伴忧郁特征 296.32

推荐治疗计划：个别治疗和夫妻治疗，

有可能让罗丝一起参与进行家庭治疗

百忧解10毫克/次（一天两次）；一个月后进行复查，服从医嘱（如果有必要的话）。

我们收到精神科医生的评估报告之后，为艾丽制定了一个包括个别治疗和夫妻治疗在内的治疗计划，最后还有可能进行家庭治疗。当我们谈到艾丽的感受和害怕时，我们发现她很会用言辞来表达，由此我们猜想个别治疗对她来说可以取得很好的效果。“我真的很希望做个别治疗。因为那样我就感觉自己成为最重要的人。为了丈夫和女儿，我已经放弃很多了，我不知道他们是否为此表示感激。我们确实一起奋斗过，现在还有些债务可以作证，但那是他还在医学院的时候。而在这里至少你可以关注我，关注我的需要，这让我感觉很好，而且对我也很有帮助。”

我们为艾丽设立了很多目标，并且建议她更积极一些，多做些室外活动。“我还没有意识到，其实我没有真正的业余爱好。过去我喜欢手工艺制品，参观这类展览，也会刺绣。但是自从我们开始为生计拼搏，尤其是罗丝出生以后，我就放弃了这些爱好。以前我也很喜欢在周围街区逛逛，现在也不去了。我整日整夜地看电视，我的生活基本上就是看电视。”我们每周都布置很多家庭作业（确切来说，就像它听起来的叫法一样：家庭作业）；最初集中在她原来的业余爱好上。例如，规定在某一周，艾丽每天都要在晚饭后和罗伊或罗丝散步20分钟。这么做的目的是让艾丽变得更活跃，让她把注意力放在生活中快乐的事情上，而不是只关注消极的事情上。就像贝克的认知三角理论，我们也希望她形成积极的思想，从而帮助她形成关于事物的良好感觉。

当个别治疗进行到一定的阶段，我们请罗伊加入进来，他和艾丽一起被转

介到一个夫妻治疗师那里。罗伊告诉治疗师："我真的很高兴能参与到治疗中来，因为我很担心艾丽，也为我们的女儿和我们的婚姻担忧。我不知道她是否能够走出这个困境，对此我感觉很无助，这真糟糕。我也对自己进行了很多反思，我在思考如何能对艾丽更加坦诚。夫妻之间的交流确实需要学习。"夫妻治疗师往往把治疗的重点放在夫妻之间的沟通上，因为沟通是夫妻之间很重要的一个问题，甚至比金钱和性更重要（即使这些也是需要考虑的方面，在艾丽和罗伊的案例中也是）。治疗的目标是建立一个开放的平台，在这个平台上，夫妻双方都可以表达自己的观点，说出自己的问题，而不用担心另一方或者治疗师的报复或指责。

然后，我们试图让罗丝也加入进来，这样我们就可以进行家庭治疗了。艾丽告诉我们这一请求的结果："罗丝告诉我们她不想加入到治疗中来。她忙着和朋友在一起，而且她觉得这是我们的问题，而不是她的问题。我不知道这是不是不太好。罗丝最近和我们很疏远，这也让我很担心。有时候我想孩子大了，疏远我们也是正常的，可还是很担心。"实际上，这其中的一些情形是很有代表性的。能够开始进行家庭治疗并且持续下去是很难的。孩子可能很难理解为什么他们需要加入到治疗中来，因为他们明明看到问题出在他们的父（母）亲身上。实际上，即使孩子拒绝参加治疗，他们被界定为主要患者的情况也是常见的。

父母出现了问题，他们很脆弱，在这样的家庭环境中对于孩子们来说很困难。这时孩子可能表面上很快乐，但在他们内心里却是强烈的害怕和拒绝。艾丽和罗伊两次试图让罗丝加入到治疗当中，但结果都被她拒绝了。你不能强制任何人进行治疗，即使他们来到治疗室，以后也不会持续下去，在治疗中他们也不会配合，不会在治疗中起到作用。艾丽告诉我们，"我们当然很失望，但是说到底，我们来这里是来治疗我的抑郁的，她不来也就算了。以后我们会多关注罗丝，希望她没事。我希望当我有些好转了之后，罗丝能够和我更加坦诚。我确实这么希望。"

我们在治疗中给予艾丽大量的支持和理解，鼓励她阅读关于抑郁症的读物。我们还让她准备一个笔记本，记下给她带来压力的任何情境。我们集中关注于她和罗伊的关系，并发现了一些有趣的信息。“我发现带给我很大压力的情境，和让我跌入‘灰暗深渊’的总是同样的情境。这些情境总是与工作、罗丝有关，也常常与罗伊有关。我希望自己能成为汽泡弹【注】（Sex Bomb），但是我不是，我也做不到。罗丝总是不停地让我为她做事情，工作也给我很大压力。然后是罗伊，做他自己的事情，好像在给我支持，但实际上却没有。回到家他就进入自己的房间，什么也不和我说。我威胁他让他一定要过来治疗，他最后同意了。这真让人惊喜，但治疗确实帮助了他，也帮助了我们。”

艾丽在个别治疗和夫妻治疗中取得了良好的进展。她对自己的情况也有了更深刻的认识，学会了如何对压力情境和消极情境重新定义。她明白了没有必要追求完美，当不好的事情发生的时候，比如，罗丝不和她说话的时候，并不都是她的错。罗伊也学会了要对艾丽多加赞扬，并且多关注她的需要。

进行了10个月的个别治疗和6个月的夫妻治疗之后，艾丽结束了治疗。“现在我的睡眠好多了，吃饭也恢复正常了，和罗伊的关系也有所好转。我感觉自己好像得到了重生。最重要的是，我每天早上醒来看到的是美好的一天，我的天空和生活都不再灰暗了。很久以来，我第一次看到了缤纷的彩色，而不再只是黑和白。罗丝？这些天以来我们能够更加敞开心扉谈话了。她对我的抑郁还是感到很愤怒，但是我们可以理性地来谈论它。她从这个疾病中学到了很多东西，明白了在我和罗伊身上发生了什么事情。我不知道我们的关系是否还能像以前那样，但是我相信我会努力的。治疗让我睁开了眼睛。抑郁，就像你说的，是可以治疗的。我相信也是可以治愈的。”

我们使用的治疗方案是诊所面对抑郁病人有效的方法，在对艾丽的治疗

【注】一种洗浴用品。将汽泡弹放进水里，它便会像汽水糖般释出泡泡，并且散发香味。内里的玫瑰、佛手柑香熏油、茉莉、天竺葵等，随即发挥效能，让你开开心心地享受泡泡乐。——编者注

中，这种方法也取得了良好的效果。治疗抑郁症还有其他的方法，在一些案例中，下面的这些方法对治疗抑郁有很好的效果。经典的精神分析对治疗抑郁症很有效，但是会花费较长的时间。这种方法主要是对愤怒的情绪进行处理，治疗的目标之一就是让指向内部的愤怒发泄出来，指向外部。精神分析理论认为愤怒是由心灵中的无意识冲突所引起的；分析的目标是寻找并处理这些冲突。这一工作往往要花费几年的时间。此外，还有一个更现代的治疗方法叫人际心理治疗（interpersonal psychotherapy，IPT）。这是一种更加简单的治疗方式，它的关注点是人际关系。其理念是抑郁症是在人际交往的过程中产生的，所以，人际关系是治疗的重点。这种治疗通常要持续9～12个月。该治疗方法重视的是当前的人际关系，而不是早期的童年体验。

行为治疗假设抑郁行为是习得的，因此，抑郁行为可以通过适当的治疗和教育进行去除。它的目标是矫正行为，而非寻找无意识冲突、驱力等等。行为治疗法对抑郁症的处理有一个诱人的特点，那就是如果能够有效使用，可以在很短的时间取得成效（12～16周就能很好地达到初始目标）。

在艾丽的案例中我们使用了认知疗法，并取得了良好的效果。就像我们前面提到的，认知治疗师贝克认为，抑郁是由扭曲的想法所引起的。贝克和其他认知治疗师将会改变艾丽扭曲、不良的思考方式。贝克会说，艾丽花太多的时间关注她那糟糕的感受，而忽视了引起这些感受的想法。和行为治疗方法相似，这种方法的诱人特点也是可以相对快速地发挥效用。基准时间通常是16次疗程，或者4个月。Butler 和 Beck（1995）报告说抑郁的症状通常在12次疗程之后可以得到明显缓解。现有的许多研究都支持认知疗法对抑郁症的治疗效果。上述这些方法对严重的抑郁症可能治疗效果差一些，但是在这个问题上，目前还没有明确的研究支持。

与本书中其他的心理障碍不同，心境障碍，尤其是抑郁症，可以选择多种药物进行治疗。接下来，我们简单介绍几种常用的药物。首先我们说明一下注

意事项。到目前为止，研究显示最佳的治疗方式是抗抑郁药物与心理治疗的结合，尤其是与认知行为疗法同时使用。然而，最新研究表明，心理治疗—药物联合使用和单独使用心理治疗之间并没有显著差异，但是这个问题目前还处于争论当中（Craighead，Craighead，& Ilardi，1998）。注意，一些临床治疗师仍然相信，药物—心理治疗联合使用是最可行的治疗方案。

抗抑郁药物有许多类别，每一类别都有自己的优势和缺点，并且服用方法也不同。所有的抗抑郁药物都是用来减轻个体的抑郁症状（比如性欲低下、食欲发生变化、情绪低落、无望等等）。下面我们简单介绍一下这些类别和各类中的具体药物。

第一类抗抑郁药是三环类药物。阿密替林、丙咪嗪和多虑平（Sinequan，又称多塞平，doxepin）属于这一类。这类药物一天需要服用多次，一般需要4～6个星期才能取得效果。这会带来问题，因为许多非常严重的抑郁症患者迫切希望尽快得到好转。对于没有耐心的严重抑郁症患者，三环类药物不是最合适的。另外，这些药物还有很多副作用，比如，口干舌燥，便秘；视力模糊。这称为反副交感神经生理副作用。三环类药物还会引起抗组胺剂副作用，包括嗜睡，迷迷糊糊和镇静。三环类抗抑郁药（TCAs）是非常好的抗过敏药物和感冒药。其副作用（一般1～2周显现出来）就像是服用了康泰克这样的感冒药一样。

TCAs是通过将去甲肾上腺素和大脑中5-羟色胺的数量增强到一定程度来起作用的。去甲肾上腺素的分泌和血压降低，心跳变慢有关。而5-羟色胺会影响人的食欲，心情和性行为等其他方面。艾丽说道，“阿密替林确实对我母亲有一定帮助，但也有很大的副作用。她经常显得很古怪，有些莫名其妙。她花了好长一段时间服药情况才稍微有所好转。不幸的是，那个时候还没有百忧解。”

另一类抗抑郁药为单胺氧化酶抑制剂（Monoamine Oxidase Inhibitors，

MAOIs）。苯乙肼（Nardil，phenelzine）是属于这一类别的药物。MAOIs的主要优点是反副交感神经生理副作用比其他类药物要小一些。所以，病人在服用的时候不会产生太大的不适感。这类药物比TCAs药效发挥得更快。但是，这类药物也有两个明显的副作用，增加了服用的危险性。首先，要避免食用含有酪胺（tyramine-free）的食物，包括：成熟的干酪（蓝纹干酪、瑞士干酪、意大利白干酪）、蚕豆、德国泡菜，还有某些啤酒，在此不一一列出。在服用MAOIs的同时食用以上任何一种食物都会导致严重的高血压，甚至会造成死亡。其次，许多其他药物都会和MAOIs发生交互作用，比如感冒药、兴奋剂药物（瞌睡无，Nodoz）、安眠药（Sominex），食欲抑制剂、平喘类药物（Primatene）（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。MAOIs阻止了单胺氧化酶对神经递质，如5-羟色胺和去甲肾上腺素的分解。这和三环类药物的作用机理是相似的，因为大脑中神经递质的数量更多。

选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）是一类较新的药物，著名的百忧解和左洛复都属于这类药。这些药物和其他药物的作用机理有所不同；它们通过抑制大脑中突触前膜对5-羟色胺的再摄取，同时也影响了多巴胺和去甲肾上腺素系统。许多研究发现，抑郁症是由大脑中5-羟色胺系统的活性下降而引起的（Mckim，2003）。百忧解和其他SSRIs药物与其他药物相比有以下优点：药效发挥得更快、半衰期【注】（half-life）更长（所以少服药一次也没有大的影响），以及副作用更小。SSRIs，尤其是百忧解最明显的一个优点就是，服用过量时也相对安全。而最主要的缺点是服用这类药物产生的某些副作用令人十分难受：性功能障碍、性欲下降（这是很普遍的，在服用百忧解的患者中至少有50%会出现这种情况）、失眠、恶心。还有一点特别的是，百忧解和左洛复还是美国食品与药品管理局（FDA）批准的两种治疗神经性贪食（bulimia nervosa）的药物。

【注】药物被吸收后，血药浓度降低一半的时间称半衰期。——编者注

“我实在不想服药，但如果有帮助的话，我也不反对。我看过许多对百忧解的介绍，也见到了我母亲服用阿密替林的情况，所以，如果让我选择的话，我会选百忧解，尤其是长效剂型（百忧解周剂，一周只需服用一次）。我很怕我会对它产生依赖性。会有这种可能性吗？这些药真的安全吗？”

抗抑郁类药物几乎不可能产生依赖性，所以艾丽没有必要为这个担心。但安全是另外一回事。很奇怪的是，三环类抗抑郁药和MAOIs都很容易服用过量。因为抑郁症常伴有自杀想法和自杀行为，如果病人正在服用这类药物，医师需要密切注意他们的行为。抗抑郁药物和其他药物混合可能会产生危险，与酒精混合危险性更大，所以，一定要告诉患者对此加以注意。当人们患有抑郁症的时候，他们很容易借酒消愁，酒精确实对中枢神经系统有一定的镇静作用……但酒精会加重抑郁！最后，需要告知患者这些药物也不是奇药；药效发挥需要时间，所以，他们要有耐心。研究表明，TCAs，MAOIs和SSRIs对于治疗抑郁症具有相同的疗效（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。

最后，诊所给艾丽开了百忧解，事实表明百忧解确实对她有很大的帮助。“这真有趣，因为很长时间以来我一直等待着某些事情的发生，突然有一天我感觉很好。我想是大概是百忧解起了作用，因为那时我才治疗了5个星期。我知道很多人像我一样讨厌服药，但是如果等到情况恶化到自杀似乎合情合理的时候，百忧解就没有那么可怕了。”

预后

艾丽的预后被评为“审慎”（guarded）。艾丽在个别治疗和夫妻治疗中已有很大进步，她希望能够得到进一步的改善。她得到了丈夫的支持，至于女儿，“她仍然是爱我的，我们已经开始沟通，我向她解释我所出现的问题。”艾丽很了解自己的状况，她知道她该做什么能让自己好转，并且对未来也充满了希望。最后一次的汇报中，艾丽告诉我们她还每周一次到一个绣花商店给别

人“讲解最基本的技能，如何绣花”。她对自己顾问的工作“比以前还满意，虽然有时候还会有些抑郁的症状，但是现在生活已经很美好了。我从来没想过我会喜欢我的工作，也没有想过会有爱好。”

不管她在治疗中的进展如何，我们把她的预后评为“审慎”。重性抑郁障碍患者的症状很容易复发，这是预后评定一定要考虑的一个问题。而艾丽患有抑郁症已经很长时间了，所以把她的预后定为“审慎”是最合理的界定。

艾丽打算与全家一起到欧洲旅行，这是她第一次去欧洲，她对这次旅行很兴奋。治疗结束后，艾丽告诉我们“把我的故事告诉大家，让大家明白抑郁症和其他心理问题都是可以治疗的。除此之外，了解抑郁症的症状，并坚信抑郁症是可以治好的，这一点很重要。我很高兴自己能及时明白这些道理。”

双相II型障碍

肯的案例：巅峰和低谷

问题呈现

肯是一位37岁的亚洲男性，结婚6年，收养了一个4岁的中国孩子。肯身高170cm，体重95公斤。肯的妻子（杰基）是美国人。在他们决定结婚的时候双方家长都反对。杰奎琳（杰基是她的昵称）36岁，来自一个犹太白人家庭。“我们家的每个人都具有典型的犹太人的品质：接纳，追求自由。但他们对待肯就不是这样的了。我的父母见到肯的时候不太高兴。虽然他们很喜欢他，也知道他很不错，但亚洲血统却是横在他们面前的一道垣。”肯的父母来自中国大陆。他的父亲出生在上海，母亲出生在深圳。肯和父母的关系很亲密，他们也很喜欢他的女儿。但“他们还是不信任杰基，这对我和杰基都是一种伤害。并不是他们残酷，这是文化差异的问题。”

肯第一次来见我们时穿了一套蓝色的西装，系着黄色的领带（“强有力的领带，老兄！”）。他的目光接触很有分寸，但看起来有些紧张。肯说话时声音有些打颤，有时候一口气说上半天都不喘气。他的脸很红，像是发烧或者很热的样子。肯戴着一副眼镜，头发很硬，呈灰白色，好像有些少白头。他经常表现出不合适的情绪，常常不合时宜地大笑或者微笑。他身上带着一个寻呼机，最开始的时候他拒绝把呼机关掉。“如果宾馆出了什么事怎么办？没有人能够代替我的工作。他们称我是在宾馆超人，一个中国的克拉克·肯特[注]！”

【注】《超人》电影中超人的名字。——编者注

杰基的穿着很随意，宽松的上衣和牛仔裤，“就像你盼望的一个随意的星期五，没有必要穿得那么正式。”杰基取得了英语学士学位，“完全是浪费时间。他们期望我能够上大学，可我只是因为不想工作。上大学是逃脱工作最简单的方法。在学校的生活虽然很快乐，可我要那个学位有什么用呢？开出租车还是干杂工？我们计算了一下，我的工资还不够照顾安吉拉，我在一个出版社工作。”杰基身高157cm，戴着眼镜，目光接触良好，情感表现也很正常。杰基在治疗过程中很开心，时常微笑。在她讲述肯的行为的时候，不时转头看看肯，可能是在寻求肯定。

是什么原因让肯到我们这里来寻求帮助的？“我23岁那年开始读研究生。那段时间我发现情绪很不稳定，大部分时间很忧郁。当时我把这种情况归咎于毕业和进行研究生学习。老实说，我并不想做研究，这样做只是为了能和杰基在一起。如果我选择回家到宾馆工作，那就必须结束和杰基的关系。情绪低落是很正常的（我想），杰基也这么认为。但是，情绪太低落就不正常了。有很长一段时间我根本就不能起床。我甚至没有精力与杰基，以及其他人进行交谈。好像身体的任何运动都需要很多能量，稍微一动我就喘不过气来。后来，这种情绪有所好转，我又恢复了正常。从那以后，这种捉摸不定的情绪反复出现。”

“我将会从这种低落的情绪摆脱出来，有那么一段时间情绪会比较稳定。突然有一天，欢快的情绪占领我的内心，像是突然蜂拥而至。我好像飞到了世界的顶端，没有任何烦恼。曾经有一次，我在这种高涨的情绪下花了一大笔钱，准确地说是花了2000美元。但是我真的不在乎，因为我确实很高兴。有天傍晚，我在厨房拿着刀割伤了自己，被杰基看见了，她很担心我，但是对我却没有什么影响。实际上我还笑着呢。那个时候真的很奇怪，任何痛苦的事情都不会伤害到我。没有什么事情能够让我担心。我有用不完的力量，我告诉杰基我要重新打扫一遍客厅，之后还要清洗地毯。那是凌晨3点，可我却没有困意，我精力充沛！”这时肯说得特别快，我们只能让他慢点说，否则我们就记不下

来治疗笔录了。

接下来肯特意告诉我们他为什么过来求助。"因为这些事情我来请求你们帮助，我想知道这些事情的原因。其实，我来的真正原因是因为杰基。她鼓励我来这里。我很担心情绪低落的时候，我想情绪高涨是很正常的。我属于那种能量很高的人，非常活跃。"

"亚洲人是不会轻易到心理学家那里寻求帮助的，除非你真的疯了，甚至那个时候我们对求助于心理医生还表示怀疑。我们倾向于依靠家庭成员和我们自己的力量，在家庭内部解决问题。所以，你要知道我来这里需要很大的勇气，而且对这种解决问题的方式我也感觉有些不舒服。杰基了解这一点，如果这是最好的解决方式，她愿意和我一起进行治疗。因为我情绪高涨的时候比较多，我不知道自己为什么要来这里。基本上，我是为了杰基才来到这里的，为了安吉拉，为了我的家庭。"

背景信息

肯的父母是在毛泽东的时代下长大的，他们来到美国后决定定居在这里。他们如何来到美国的细节不太清楚，肯无论如何不愿在治疗过程中谈起这个问题。"你要知道这些事情是个人隐私，而且直到我来这里之前它们并没有影响我。"按照中国的独生子女政策，肯是家里的独生子。他的中文普通话说得很流利，但是"我确实没有太多机会说中文。我正在教我的女儿说中文，但是她的第一语言将是英语。杰基懂得一些汉语词汇，但是她忙于照顾安吉拉，没有太多时间放在这上面。"

肯说他的童年生活很平常，各方面的发展状况良好。即使出生在美国，在学校他还是因为语言问题感到有些吃力。"我的父母英语说得都很好，但是我们在家还是讲中文。我花费了很长时间才把英语讲得很流利，我想可能是语言的问题导致我在学校产生了一些问题。父母期望我能够做到更好，暂时先不考

虑这方面的原因。”肯以B-的平均成绩高中毕业，然后进入了一所很大的州立大学。“我想上这所学校花费会低一些，而且在大一点的学校里面语言问题也更好处理。我也希望那里能有很多亚洲人。”他加入了国际学生联合会（International Students Association，ISA），在大四的时候还担任了联合会的主席。肯的专业是计算机科学，4年毕业，平均成绩为B。“我很喜欢学校生活，它使我得到了很大的成长。以前我是一个很害羞的人，很少外出。在国际学生联合会期间，我有很多朋友，因为那个组织，我的生活完全改变了。”

“在大学的最后一个学期我和杰基正式确定了恋爱关系。其实，我一直都很关注她，但到大三的时候我们才开始说话，不久我们就成为了朋友。最后一个学期的时候我们由友情发展成为爱情。因为她比我低一级，毕业时我很担心我们会就此分手。幸运的是，我能够进入本校的研究生院继续就读，这样我们的关系得以继续。她毕业之后继续留在学校一年直到我毕业。我一毕业我们就订婚了，剩下的就是历史了。”

“我的父母一直希望我能娶一个亚洲女孩，所以当他们见到杰基的时候非常反感。我没有想到他们会有那样的表现。杰基受到了很大的伤害，但是她都藏在了心底，因为她知道她的父母会怎么反应。我对父母感到很愤怒，他们的表现简直太无知了。我们想到了私奔，我打算搬到一个远离他们的地方去，但是我又想到他们在一个陌生的国度把我养大，还要供我读书，为了我他们做出了很大的牺牲，所以我不能那么做。我们交涉了很多次，最后，他们同意接受杰基，但是他们要求她遵从亚洲人的生活方式。安吉拉来到我们家庭之后，他们对杰基的态度缓和了一些，因为他们看到了杰基是一个非常称职的母亲。杰基很爱我的父母，对他们很尊重，这对亚洲人来说是很重要的。我们尊重我们的父母和长辈，这些杰基都知道。我的父母也意识到了这些，杰基正在学习中文，这让他们也感到很高兴。当杰基用‘Ni Hao’问候他们的时候，他们欣慰地笑了，并且告诉我这让他们很感动。”

这时，我们发现肯紧紧地攥着拳头，好像攥着什么东西一样。我们想看看里面是什么，当他松开紧攥的拳头，我们看到其中一只手里是一个光滑的石头，另一只手里是一个“压力球”。“当我需要集中注意力的时候它们可以帮助我。我有时候精力非常旺盛，很难集中注意力，就像是现在。我摩擦手里的石头，挤压压力球，进行深呼吸，就能让我集中精力。我在网上看到的这个方法。”我们注意到了这些行为，并继续关注。

关于他们收养安吉拉的原因，肯对我们很坦白。“我们试图自己生孩子，但结果却不如人愿。杰基的月经周期很不规律。因为就要成为‘大龄父母’了，所以我们决定先收养一个孩子。在等待安吉拉到来的日子里，我们得知杰基不能生育的消息。这个消息给了我们很大的打击，当时我们觉得是我们中的一个或两个人遭受了不公正的待遇。杰基感觉她不是一个‘完整的女人’，而是一个‘遭到破坏的商品’如此之类。当然，这是十分疯狂的想法。奇怪的是，对于收养安吉拉，我们双方的家庭都没有任何置疑，这真是一个很大的惊喜。

“我们决定收养一个中国女孩，因为一方面领养手续不需要花费太多时间，另一方面这对我们双方都有好处。杰基对此没有意见，我的父母当然也没有意见。她的父母……也没有激动不已，但当他们第一次见到安吉拉的时候，看到她就像是漂亮的玩具，于是立即喜欢上了她。毫无疑问，我们做出了明智的选择。

“我们还没有处理好安吉拉的宗教信仰问题，可能再过一年也不能。我在天主教的家庭中长大，但我却是个无神论者，而杰基是犹太人，所以我们面临一个有趣的两难情境。我们的父母对这件事也没说什么，他们也不用说。”

肯在一个宾馆做顾问，这个宾馆是由他的家庭成员参与经营的。“我的父母是最初的合伙人之一。他们决定把它发展成拥有230个房间的大型宾馆。董事会决定扩大规模，在25英里外的地方再建一个宾馆。这是一个明智的决定，因为两个宾馆都经营得很好。董事会又决定卖掉第二个宾馆，最开始的那个宾馆

仍然运作地很好。我负责董事会的网络、计算机和广告咨询业务。杰基一直在家里照顾安吉拉，直到安吉拉3岁时她才回到出版社工作。”

听起来肯有一个稳定的家庭背景，以及一个温暖的、能够提供支持的家庭。据肯所说，他的家庭没有精神疾病或者生理疾病史。让我们进一步了解他的情况。“一旦那种低落的情绪停止了，我感到一种解脱。可我刚松了一口气，高涨的情绪又开始了。这种转换让我的感觉很好，所以，当我处在高涨的情绪中时，我希望能够一直处于这种状态。我不睡觉是因为我不需要睡觉。我完成了那么多的工作，我想要更多的性生活……一切都很美好。但是，我很快发现这种状态不会持续太久；紧接着来的不是稳定的心境，就是那种低落的情绪又重新回来了。

“开始我认为是与研究生的学习压力有关，或者因为担心我的父母反对我和杰基结婚，但是等这些事情都确定下来之后，这种低落的情绪还在持续。虽然不是一直都是这种情绪，但是已足够开始困扰我。感觉好像从梦幻岛跌到了地球上，进入可怕的现实，几乎像地狱一样。我不知道该怎么办，杰基也不知道是怎么回事。我们听说过抑郁症，后来我就去看精神科医生，他给我开了百忧解来控制我低落的情绪。他从来也没有担心过我高涨的情绪，他说这是长时间情绪低落后的正常反应。老实说，我确实向他也向我自己掩饰了高涨情绪的严重性。

“百忧解在一定程度上起到了作用，但是高涨和低落这两种情绪的波动始终没有好转。杰基毕业以后我们搬回到我家所在的州，我的情绪好转了很多。我的情绪还会有时候高涨，有时候低落，但是没有以前那么严重了。我以为问题已经解决了，并认为之前的状况确实是由研究生时期的压力所引起的。可是当我们得知杰基不能怀孕时，我的情绪又开始重新波动，在收养安吉拉的过程中还变得更加严重。安吉拉来到家里以后，情绪的波动又出现了。

“我想更好地改善这种状况，就又去了另外一个精神科医生那里，他也给

我开了百忧解。他这么做是因为我上次服用百忧解效果很好。之前它确实有效地控制了我的抑郁，可高涨的情绪却没有什么效果。老实说，我不确定自己是否真的愿意摆脱高涨的情绪，因为它们比抑郁好多了，甚至可以补偿抑郁的情绪给我带来的痛苦。处在高涨情绪时的感受无法用言语来表达。但这种高涨的情绪对我的婚姻、工作，以及我和安吉拉的关系都没有任何帮助。甚至安吉拉看到爸爸一直都是情绪高涨，这让她很害怕。

“情绪低落的时候我经常会想到自杀，因为情绪的波动太快了。我都快被折磨疯了。真正痛苦的是，我不想停止那种高涨的情绪，一旦它们停止了，我会陷入低落的深渊，只想结束自己的一切。但是我想到了安吉拉和杰基，就放弃了那种想法。”双相障碍患者出现自杀想法是很常见的，一些患者确实因为像肯说的那些原因而结束了自己的生命。

“就因为这一切，我才来到你们这里，想寻求这些问题的答案。杰基也鼓励我来这里。这就是我和杰基坐在这里的原因。”

思考题

1. 肯面临大的压力时会出现情绪的波动，这一信息重要吗？治疗师是否需要继续对此进行询问和了解？
2. 肯服用百忧解的适宜性有多大？
3. 你会让杰基加入肯的治疗吗？安吉拉呢？
4. 肯的行为对安吉拉会产生什么影响？
5. 抑郁之后的高涨情绪是正常的吗？为什么？

评估与诊断

我们使用贝克抑郁量表（BDI-II）、非结构式诊断访谈对肯进行了评估，

还分析了他的精神病史。我们与他的精神科医生取得了联系，以了解肯的精神病史，我们还决定向肯了解他的完整服药历史。首先，我们把他送去做了一个全面的体检，因为他5年都没有看过医生了。对治疗师来说，这是一个实践标准，因为很多生理疾病和精神疾病的症状是很相似的。我们还与我们的精神科医生安排了一次会面，以便他对肯进行检查和评估。下面我们会简要介绍评估的结果。

正如我们前面所提到的，抑郁似乎受家族遗传因素的影响。个体和患病家庭成员的血缘越接近，那么他患上抑郁症的危险性就会越大。有证据证明，遗传因素在双相障碍中所起的作用更大。研究显示，80%的双相障碍患者都是因为遗传因素而引起的（**Katz & Mcguffin，1993**）。这个数据可能有些过高估计了，但事实是：基因和家族因素对双相障碍的影响要大于单相的抑郁症。这是一个很关键的信息。在许多情况下，单相的抑郁症或其他的心理疾病可能会发展为双相障碍；在一些案例中，双相障碍需要十多年的时间才能以它本身的症状表现出来（**Hammen，1997**）。所以，我们准备先了解肯在出现目前这个问题之前是否患有其他的心理疾病。

“嗯，我一直喜欢把事情放在心里，这也使我感到很焦虑。我对杰基是完全开放的，但是由于文化的影响，和作为一个男人，这些都让我把很多东西保留在内心里。一般来说，亚洲人不会公然表现自己的愤怒和其他情绪，我也是这样。所以，这导致我这些年来一直感到很焦虑。杰基在这方面确实给了我很大的帮助，但是这个问题仍然存在。通常，我会把愤怒及其他的感受吞到肚子里。”

接着我们让肯解释一下“焦虑”，并举例说明。“好的，焦虑的时候我的胃会绞痛，血压也会升高（我的心跳很快，所以我可以这么说），脸红，流很多汗。有时候甚至会浑身发抖。但是我能够控制这些并且隐藏得很好。而杰基希望我能发泄出来，而不是压抑在心里。

“最近的一个例子就是我一天晚上回家发生的事情。那天我工作很不顺利，回到家我发现安吉拉把果汁撒在电脑上，完全烧毁了。当然我最近没有进行数据备份，我感到生气极了，全身都很紧张，但我还是强忍着，没有表现出来。这只是一个意外事件，我不能对安吉拉发火。杰基希望我能把这种情绪表达出来，但是我没有，最后对这种情绪进行了自我处理。最后我出现了胃痛，这是很常见的事。”

我们想确认肯是否患有物质滥用障碍，于是询问了一些相关的问题。在临床治疗中都会询问患者关于酒精及物质滥用方面的问题（除了一些例外，比如年龄很小的儿童等）。“喝酒？一般来说一周不会超过一两瓶啤酒。我们家的人喝酒都不多，我也是这样。我对酒没有兴趣，除非喝点啤酒。在吃某些食品的时候喝点啤酒很好，所以我不时会喝点啤酒。但是一天不会超过一瓶。”肯表示他不曾因为喝酒而引发法律、婚姻或工作问题。

“据我所知，我们家没有患精神病的人。我们从来不谈论这些事情，但是我想没有，因为我的家人总是很开放地和我谈我的背景。我猜想那是因为我是独生子的缘故。我结婚以后，他们告诉我了许多祖先们的事情。在中国大陆人们很少提及精神病。所以，我觉得我们家可能没有精神病的家族史，但我不确定。”

然后我们和肯以前见过的精神科医生取得了联系，他们对肯的情绪波动感到惊讶。肯回答说：“就像我说的，我确实没有向他们强调我的欢快情绪。我提了一下，但没有花太多时间来说，所以我想他们基本上没有担心这个问题。我想如果对他们多说一点，事情可能就和现在不一样了。杰基说我应该告诉他们，但是最近一段时期这种欢快情绪也不是一直都有的。”肯所说的这种欢快应该是躁狂（mania）、躁狂发作（manic episodes），或者是轻躁狂发作（hypomanic episodes）。这并不奇怪，因为通常躁狂发作不会先于抑郁出现。许多临床治疗师没有发现患者的躁狂发作，而把这些归结于其他的原因。

接下来，我们建议肯做一个全面的身体检查，以确认他是否有生理疾病。

结果，除了高血压之外没有其他的问题。我们就此向医生进行了咨询。医生告诉我们高血压在焦虑的人群中是很常见的，而且人们到体检室里来都会有些焦虑（你也是吧？）。为了准确起见，医生常常会在稍后再次测量病人的血压。再测的结果显示，肯的血压仍旧很高。这可以解释他的焦虑和愤怒的水平都很高，也可以解释他的疲惫。但是，可以解释他的情绪波动吗？

“高血压是可以理解的。我们吃很多富含钠的食物（向杰基微笑）。这是其中的一个原因。我的家族中也有高血压的遗传，我想也有这方面的原因吧。”接着，我们把肯介绍到一个和我们有密切合作的精神科医生那里。过了很长一段时间，肯在杰基的陪伴下再次到我们这里进行后续治疗。这时我们也参照了精神科医生的评估来帮助我们对肯进行诊断。

“嗯，对于琼斯医生的发现，我并不感到惊讶。他说基于你们送给他的资料和我自己的描述，很明显我患上了双相II型障碍。在初次治疗之后我阅读了一些这方面的材料，发现有些症状和我很一致，有些不相符合。为了杰基，我再次来到这里继续治疗。你知道，我原本是不打算再回来的。”

琼斯医生究竟说了些什么？简单介绍如下，“肯的目光接触良好，但情绪表现有些不太合适。在他的坚持之下，初次评估是杰基陪他来的。评估开始不久，我们让杰基出去了。患者报告具有高血压，可能情感波动会导致高血压加重。患者报告从23岁起开始出现情绪波动。没有证据证明是躁狂症，但是有轻躁狂发作。患者没有积极的自杀想法，当前危险性不大。患者很紧张、神经质、很难集中注意力、近期几乎没有睡觉。仍然可以应付工作，进行日常社会生活。患者报告了过去的很多抑郁发作。肯神智清楚”。初步诊断：

双相II型障碍，轻躁狂，快速循环发作　　296.89

排除双相型障碍

治疗建议：和杰基一起进行夫妻治疗

敌百痉（Depakene，丙戊酸，valproic acid）：每天服用250毫克，一天两次

双相障碍即为人们所熟悉的躁狂—抑郁症，临床名称（正确的称呼）叫双相障碍。双相障碍的症状是情绪在欢快（如肯所描述的躁狂发作）和抑郁之间波动。可能有一段时期的“常态”，也可能没有，在肯的案例中有“常态”表现。双相障碍经常会被其他身体和心理症状所掩盖，致使对这一症状出现误诊。

杰基完全支持这次治疗。“我会支持肯走过这一段路程。我曾经怀疑过这种情绪波动是有问题的。但后来我把这归结于饮用咖啡太多，在电脑屏幕前工作的时间太长了。”基于以上信息，我们同意琼斯医生对肯的诊断，并且制订了治疗计划。

病源理论

一般来说，双相障碍是有生物学基础的。我们已经简单介绍过，双相障碍具有很强的遗传性，在此还需要进一步强调。目前仍旧不明确的是，是双相障碍本身遗传，还是这种易感性（先天素质）遗传。压力在双相障碍的产生中也有一定的作用。压力可能引发双相障碍，如果已经患有双相障碍，压力也可能引起新的双相障碍发作。

通过对基因和染色体的纵向研究发现，许多染色体可能带有双相障碍的基因标记。尤其是染色体4、12、16、21，甚至X染色体都已经得到了许多研究的证明（参见Craddock & Jones，1999）。结论是不同的基因组合和它们的交互作用可能会引发双相障碍的产生。一个更重要的结论是，没有哪一个单一的基因可以引发双相障碍。这些研究还有以下假设，容易罹患双相障碍的家庭成员其罹患抑郁症、物质滥用障碍和焦虑障碍的危险性也很高。

在介绍肯和杰基的治疗计划之前，我们需要就可能引发双相障碍的社会心

理因素做一下探讨。这些因素可以引起新一轮双相障碍的发作，也可以防止未来症状的复发。环境压力源被认为是躁狂发作的重要因素。就像你看到的肯的情形那样，他把频繁的情绪波动归咎于他所处的环境。虽然他并不完全正确，但是他所处环境中的压力源确实扮演了重要的角色。有研究发现，干扰个体的睡眠周期的事件容易引起轻躁狂发作，而丧失的体验也更容易引发抑郁（Malkoff-Schwartz，Frank，Anderson, Sherrill，Siegel，Patterson，& Kupfer，1998）。压力和基因易感性是否存在交互作用，以及交互作用对双相障碍的影响，还需要进一步研究。

最后，家庭功能不良和压力可以引发或加重双相障碍。就像我们看到的肯的情形，大多数患有双相障碍的个体都没有良好的社会支持系统（Johnson，Winnet，Meyer，Greenhouse，& Miller，1999）。肯的父母见到杰基并得知他们要结婚时态度很冷淡。很明显这对肯和杰基都造成了伤害。杰基和肯没有太多的朋友，这也恶化了他的状况。“通常在我感到沮丧的时候我很难走出家门。如果是高涨情绪阶段还容易些，但是杰基说我的行为让她很尴尬。我们推掉了许多与朋友们的约会，现在他们已经不怎么邀请我们了。”这一信息十分关键，因为似乎功能不良和消极的家庭互动、较差的家庭态度能够预测双相症状的复发率（Hooley & Hiller，2001）。

可以理解，双相障碍患者很难相处，尤其是因为家庭成员不知道接下来会发生什么事情。如果我们可以说：“既然肯的抑郁症状已经减轻了，我们要为他的轻躁狂发作做准备了”那也很好，可实际上并不是这样的。在这种情境中生活，会给其他家庭成员带来很大的压力，甚至导致产生抑郁症或其他心理障碍。对双相障碍更深入的研究还在继续，我们还需要掌握关于它的更多信息。

治疗计划

第一个治疗阶段的任务很明确：肯需要服药来控制轻躁狂发作。回想一

下，个体处于轻躁狂发作期间也能够进行日常的社会功能，但是肯在治疗中却不太愿意服药。“我和杰基说好了会马上服药。但我几乎在服用任何药物的时候都会犹豫。我相信纯净的身体，纯净的思想等等。我的身体里不存在任何虚假的东西。你们这些人还有杰基为什么要毒害我？（笑）万一我有个三长两短，她倒是可以得到一大笔遗产，而我却什么也得不到！但是我会服药的，我要看看到底会发生什么。我必须坚持去看琼斯医生，这也是激战了半天。不过为了杰基还是尝试一下吧。”

这是一个良好的开端。我们决定对肯进行夫妻治疗，增强他和杰基的沟通，向他们介绍一些关于双相障碍的知识，并帮助杰基（间接地和他们的女儿）学习怎样和肯进行交流。还会向他们介绍肯所服的药物，让他们了解应该对药物报什么样的期望。在这个过程中我们使用了角色扮演、积极反馈和开放式交流的技术。

肯在两个月之后取得了巨大的进步，我们有些惊讶于他非常努力地付出以及进展之如此顺利。“惊讶是可以理解的，但是我自己并不感到意外。我对我的生命产生了无限的敬畏。你能想象某样东西可能会杀死你，而你又无能为力的感觉吗？就像电影《异形》（*Alien*）里演的，你的体内有某种东西，但是你一直不知道，直到它伤害了你，你才会发现它。我也正在学习如何用建设性的方式向杰基表达我的感情，学习接纳我所患有的心理疾病。我还是会有情绪的波动，但已经可以控制了。”

我们给肯布置了家庭作业，当他感到焦虑时就把这种情绪表达出来。我们指导杰基要像一个空白的黑板一样，让肯表达自己而不加任何批评。在肯表达完之后杰基再做评论。肯必须告诉杰基在“表达”的过程中及表达结束之后的感受。肯告诉我们，“我感到很惊讶。在你给我布置这个作业之前，我从来没有真正接触过自己的感受。当我意识到我正在丢掉某些东西的时候，感到非常惊慌。”

杰基也从治疗中获益匪浅。“我现在有些理解他情绪高涨时的体验了。他现在正在服药，所以，情绪还比较稳定，但如果他再出现这种情绪的话，我就知道该如何应对了。我还思考了关于我们的婚姻和收养方面，我们家庭的问题对这件事造成的影响。我们已经把肯的情况告诉他们了，当然，他们责怪他们的儿子或儿媳（当她说到这里的时候冷笑了一下）。你可以做什么呢？将他们置之度外是行不通的。我们希望在某种程度上能够争取他们的理解。我们给了他们一些关于双相障碍的读物，希望能对他们有所帮助，但是我们也不抱太大的希望。其实，这也可以忍受，因为最终我和肯还拥有彼此，还有我们的家庭。”

现在我们来谈论一下药物的选择，因为药物仍然是治疗双相I型或II型障碍的首选治疗方案。在肯的案例中心理治疗是有效的，但是治疗躁狂和轻躁狂发作的最好方法还是服药。治疗双相障碍有一些可供选择的药物。我们会简单介绍一下每类药物，并说明肯正在服用的药物。

锂（Lithium，又称碳酸锂，lithium carbonate，或柠檬酸锂，lithium citrate；商品名为Eskalith）是用来治疗双相障碍最常用的药物。锂可以缓解躁狂发作的症状，有时候也会缓解抑郁发作，但是后者的作用不太明显。注意：肯来我们这里的时候仍在服用百忧解的控制抑郁发作，但琼斯医生让他停止服用。

服用锂的最大危险是它具有一定毒性，所以必须密切关注服用者的血压情况。锂属于天然盐类，但是达到治疗效果的服用量和致死量之间的差别很小（锂起到治疗效果的浓度范围在治疗上被称为治疗窗）。目前还不了解锂的作用机制，所以有些人认为锂是心理健康中神奇的药物之一。

单独服用锂并非是治疗快速循环发作（rapid cycling，在过去的12个月中出现4次或以上发作）双相障碍的最佳方法，因为对这些患者来说，需要服药一年才可以达到治疗效果（单独服用）。某些情况下，如糖尿病和节食可能会提升血液中锂的含量，增加中毒的危险性。目前治疗快速循环双相障碍的最好药物是抗惊厥药物（抗痉挛药物，anticonvulsants）。

抗惊厥药物（主要用于癫痫，seizure disorder，之前称作epilepsy）可以治疗双相障碍，尤其在治疗躁狂和轻躁狂发作方面有显著疗效。三种主要的抗惊厥药物是得理多（Tegretol，又称卡马西平，carbamazepine）、氯硝西泮（Klonopin，又称clonazepam）和敌百痉（丙戊酸）。这些药物比锂类药物的副作用小，而且在减轻躁狂发作方面见效更快。它们也会减轻抑郁的症状，尤其是得理多。

琼斯医生决定为肯的治疗计划采取两个步骤。首先让他停服百忧解并给他开了敌百痉，因为敌百痉治疗双相II型障碍的效果似乎是最好的。通常使用敌百痉治疗躁狂发作14天就会见效，2～3周之后抑郁症状得到控制。在肯的案例中，服用敌百痉后他的情绪稳定，而且副作用较小。另外，因为肯被诊断为快速循环发作，而且他的症状已经持续一年多了，琼斯医生希望通过药物能够有效控制症状。所以，随着治疗的继续，他在给肯开敌百痉的时候也给他开了锂类药物。锂类药物可以加强敌百痉抗抑郁和抗躁狂的效果（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。

“药物确实起到了很大的作用。我很惊讶，因为我开始不再有高涨的情绪了，后来就连低落情绪也消失了。在我的生命中，我第一次感觉到了我是正常的。我实在不愿意服药，但是琼斯医生告诉我如果不吃药就会死掉。我可以告诉你我真的很怀念处在高涨情绪中的日子，那个时期的我如此的精力充沛，我想杰基也很感激。我可以坚持很长时间的精力，并且做了很多的事情！我不是和你开玩笑；我常常想要那些高涨的状态重新回来。我还是觉得它们是正常的压力反应，而且不是双相障碍的一部分。但我相信你们和琼斯医生。”

在肯服用敌百痉和锂类药物期间，琼斯医生继续对他进行监测。许多双相障碍患者，如果他们想要巩固疗效，需要继续服用药物一段时间。如果症状突然大幅度减轻（尤其是躁狂或轻躁狂发作），精神科医生可能希望患者停药。专家建议，患者需继续服用敌百痉和锂类药物一年的时间。如果个体（比如

肯）出现过多次躁狂或轻躁狂发作，或者抑郁复发，他们需要持续服用敌百痉和锂类药物。在一些情况下可能意味着他们在以后的生活中都需要服药。

预后

肯的预后被评为“审慎”到“一般”。不要对此吃惊不已。实际上，肯在整个治疗过程中进展很好，而且最后答应服用敌百痉和锂类药物而没有什么抱怨。他说在治疗过程中没有出现自杀念头，最后报告说他的情绪也稳定了，而且在过去的7个月中都很稳定。肯持续进行了一年的治疗，治疗的终止是因为“我已经好多了，是可以继续生活下去的时候了。”

为什么把肯的预后评为“审慎到一般”？原因很简单。双相I型和II型障碍的患者复发的可能性非常大。数据表明，服用锂类药物两年的患者潜在复发率为20% ~ 40%，那些两年之内未服用锂类药物的患者潜在复发率为65% ~ 90%（Maxmen & Ward，1995）。服用敌百痉和其他抗昏厥药物的患者复发率较低。在做预后诊断的时候这些都是需要考虑的。

复发是普遍的，因为患者常常“怀念”他们之前具有的高涨情绪；实际上，它们是自然的欢快。危险就在于患者为了重新体验躁狂而带来的欢快情绪而停止服药。遗憾的是，这是很常见的，尤其是抑郁症状没有减轻的话。肯说他确实常常怀念高涨的情绪，但他不会停药。精神科医生和心理治疗师要做的就是判断他说话的真实性有多大。潜在的问题是肯似乎仍然相信，高涨的阶段是由压力引起的正常反应。最后他报告他一次也没有停服过药（杰基可以证明）。

因此，肯取得了巨大的进步，但是由于存在潜在的复发性（对双相障碍来说没有真正的“治愈”），我们必须把他的预后定为“审慎到一般”。

复习和思考题

艾莉森（艾丽）

1. 你同意把艾丽的预后定为“审慎”吗？为什么？
2. 你对抗抑郁药的态度是什么？百忧解似乎真的帮助了艾丽，你认为只凭心理治疗可以产生同样的效果吗？为什么？
3. 在艾丽继续战胜抑郁的时候，她丈夫的支持有多重要？
4. 她女儿的支持有多重要？
5. 引用证据证明或者反驳心境障碍和家族遗传有关。
6. 假设艾丽在她青少年时期就患上了抑郁症。讨论给她开抗抑郁药的好处和坏处。

肯

1. 你同意对肯预后的评定吗？对肯的预后评定似乎没有太大希望，却有很多怀疑。给出你的观点。
2. 肯的高血压会引起他情绪的波动吗？为什么？
3. 为什么肯这么多年避免到医院进行身体检查？说出你的观点。
4. 为什么经过了那么长的时间他的轻躁狂症状才出现？
5. 安吉拉还很小。她被这一切所影响的程度有多大？

第四章

精神分裂症

精神分裂症（Schizophrenia，也称schizophrenic disorders）是最严重的一种精神疾病，在美国大约有0.5%~1.5%的人得这种病（APA，2000）。罹患精神分裂症并没有什么必要条件：虽然并非平均分布，但是任何种族和阶层的人都有可能得这种病。美国精神病学学会（American Psychiatric Association，2000）的调查显示，如果一个人具有一个或多个以下特征，那么他得精神分裂症的可能性就会提高：单身、来自西方化或工业化的国家、属于社会经济较低阶层（学会没有给出相应的指标）、生活在城市、母孕期出现问题、冬季出生（！），或近期经历过严重的应激事件（p.313）。一些研究者还发现少数民族（如非裔美国人、美国的波多黎各人）更容易患上精神分裂症。当然这样的结论也可能是由于偏见或刻板印象导致的（Lewis，CroftJeffreys，& Anthony，1990）。精神分裂症的另一个让人头疼的问题是没有良好的治疗方法。我们到现在也没有找到精神分裂症的确切起因；因此，对于治疗师来说，找到一个高效的治疗或治愈方法几乎不大可能。

在呈现两个案例之前，我们先要澄清几个对精神分裂症的误解。

- 精神分裂症不是人格分裂（人格分裂是指分离性身份识别障碍，Dissociative Identity Disorder，先前被称为多重人格障碍，Multiple Personality Disorder）。要区分出二者的最好办法就是记住精神分裂症是与现实的分离或分裂。
- 并非所有精神分裂症患者都像电影《黑色星期五》（*Friday the thirteenth*）中的詹森（Jason）那样是一个是杀人狂或连环杀手。事实上，大多数精神分裂症患者对自己比对别人更危险。将精神分裂症患者描绘成杀人狂只是为了增加电视节目的收视率，并带来更多的电影发烧友。
- 精神分裂症不仅仅只在老年人群中发病。事实上，精神分裂症的平均起病年龄在青少年后期到30多岁之间。如果一个人在74岁时被诊断为精神分裂症首次发病，那么应该考虑是否患有其他疾病。因此，精神分裂症可以被认为是一种年轻人的病。
- 以下单独一种原因不会引发精神分裂症：不良的抚育、低社会经济地位、产前大脑损伤、染色体问题，或是环境中的有害因素。事实上，许多专家将这些因素看成是导致精神分裂症的潜在病源学因素（原因）。现在比较流行的观点认为精神分裂症是一系列疾病。更有一些学者认为，精神分裂症是一种先天疾病，要经过很长一段时间的潜伏期才会发病。

你是不是很熟悉这些错误观点，而正确的观点却让你大吃一惊？查尔斯·曼森、杰佛里·达莫以及虚构的汉尼拔·李克特博士【注】（Dr. Hannibal Lecter）这些精神分裂人物符合上述哪一种特点？接下来让我们看看两个非常不同的精神分裂症案例，看看会否让你很惊讶。这两个案例中的病人来诊时都有很活跃的幻觉，因此我们用不同于其他章节的方式给大家呈现这两个案例。它们究竟会有什么不同呢？让我们来看看吧。

【注】汉尼拔·李克特博士是电影《沉默的羔羊》以及《沉默的羔羊》前传《红龙》中的食人狂。——编者注

精神分裂症，紊乱型

亨利的案例：并不是你想象的那种分裂

问题呈现

亨利是一位47岁的白人男性，离异，没有孩子。他非常消瘦，身高175cm，体重只有53公斤。他出生在美国东部的一个大城市，父母来自东欧国家。亨利一开始不愿意提供父亲的详细情况，只是提到全家移民美国的时候，父亲并没有一起过来。“我不知道他出了什么事并且我并不关心这些。在我很小的时候，他就离开了我们，我从来都没有问过妈妈这件事。谁关心这些？”

亨利的妈妈在一家服装厂工作，她刚刚庆祝完70岁生日。亨利有一个哥哥乔治，一个妹妹克莱拉。乔治住在另外一个城市，每年过来看望亨利两次。克莱拉住得离亨利很近“但是她讨厌我，我也讨厌她；她是一个卑鄙的巫婆，无论是对我还是对她的孩子。我没办法容忍她。”亨利没有孩子“我也不想要孩子，因为我病了也觉得没有必要养个小孩。孩子根本就不能帮助我。”

由于亨利的精神问题，他在精神病院进进出出已经18年了。“是别人要我来你们这里的。火又在我脑袋里烧起来了。我摆脱不了它们。我浑身发痒，好像有一些小东西在我身上爬来爬去。你们看我的胳膊（他让我们看他的胳膊，只见整条胳膊都被抓破了），我还有一些呼吸问题。”亨利第一次在我们这里治疗的时候是早春，天气也很冷，他却出了很多的汗。在整个疗程中，亨利的目光接触很差，他不停地看着墙或是窗外。有些时候他会盯着收音机和电话。他还很喜欢盯着桌子上的仙人掌。

背景信息

亨利说他的成长过程没有什么问题，他在各个年龄阶段都发展得不错，只有一个例外。“妈妈和女巫克莱拉说我说话很晚，大约3岁半吧，并且我不怎么和人说话。由于当时我家养了狗，所以才会是这个样子。”我们让亨利对此说得再详细些，“我家的狗是我家很重要的一部分，但是我对它过敏，这让我很难集中注意力，也使我很难生活。我想是这条狗让我在合适的时候无法学会说话，所以我开始说话的时候就比较晚了。妈妈在这方面也没有什么帮助。”亨利没有报告其他的问题，并且说家族中没有其他人患有精神疾病“但是克莱拉那个女巫，那个溜须拍马的家伙；她算吗？

“医生，我脑袋里那团该死的火……疯狂地燃烧着。我在进来之前冲了个澡，因为我想让人觉得我闻起来比较舒服，没有什么怪味。我还希望这样可以浇灭它，以及阻止浑身的瘙痒。但是没有用，还是在我脑袋里嗡嗡叫，就像门上的蜂鸣器或者像一只蜜蜂在我耳朵里，永远不会停止。”亨利说的一些东西有些自相矛盾。亨利头发蓬乱，衣衫不整，看起来确实很脏。他的指甲缝里充满了污垢，胳膊上还有很明显的污垢。身上散发着一股尿味儿。头发脏而蓬乱，牙齿漆黑一片，可能是喝咖啡或吸烟造成的。“是的，我抽烟。那和你们有什么关系？我喜欢抽烟。虽然我的社会福利很少，但我还是要省下钱来抽烟。烟无论怎么说都不错，有时候还能帮助我减轻一些嗡嗡声。”

听了以上的描述，你是否发现了什么不寻常的东西？你认为应该采用哪些治疗方法？如果是你，你会做些什么？亨利是得了精神分裂症吗？

亨利刚才和我们谈到他是被送来的，于是我们向他详细询问了这件事。“医生，我在街上游荡就被警察带到这来了。什么‘游荡’？我只不过是在我自己的地方睡觉，也没打扰任何人，他们凭什么就扭打我，想把我送到他们的收容所？我才不会到什么收容所里受他们的欺负，我自己的地方才是安全的。

那里很温暖，充满阳光，也没有人来打扰我。人们都打扰我。噪音就是噪音，你们知道吗？”

我们决定在继续治疗之前收集更多的背景资料。我们派人向警方查询关于亨利的报告（这件事说起来容易做起来难）和亨利以前的住院记录。亨利告诉我们他在哪碰到的警察，他还记得最近住院的那所医院的名字。这两方面的资料在很大程度上帮助我们了解了亨利的过去。得到所需的资料后我们需要请亨利回来（我们不断地和他联系）继续最初的面谈。

“是的，我在医院里住了两年。因为我好了很多他们就让我出院了。他们认为我可以自己去看精神科医生和心理医生。事实也是如此，我可以照顾自己。只不过当我准备离开的时候，医院的工作做得并不够。你们也可以假装我好了让我出院，我很愿意这样做。我的女朋友在等我，我需要晒晒太阳，吃些水果。”亨利以前的住院记录表明他没有产生幻觉，并且能像医生所期望的那样做一些事情，所以医生觉得没有必要让他继续住院。医生认为亨利对他人和自身不再构成威胁，因此让他出院。

警察是在街上发现亨利的，他好长时间没洗澡以至于浑身散发着一股难闻的气味，并且冲着路人喊着没有意义的话。他们试图问他原因，但后来发现根本没法和他交流。由于亨利拒绝去收容所，警察只好把他投入监狱。亨利还把裤子脱了一半站在马路中间。警察认为他对别人不构成威胁，但是他需要看精神科医生。亨利告诉他们医生让他在门诊看病，于是警察就把他送到了我们这里。

思考题

1. 当亨利表现出较多的幻觉时，治疗师对他的评估需要有多大的敏感性？
2. 当亨利第二次来我们这里的时候，你是否感到惊讶？为什么？
3. 到现在为止，亨利的很多故事你还不知道，但你对目前关于亨利的事情是否感到惊讶？如果是，你对什么感到惊讶？为什么？

4. 你如何看待精神病院让亨利出院的决定?
5. 亨利的幻觉(如果真的是幻觉)是由其他东西引起的吗?如果是,可能是什么呢?
6. 当试着准确地对亨利做出诊断时,他的背景资料有何重要作用?

评估与诊断

对亨利的评估是通过非结构式诊断访谈和精神病学诊断(psychiatric evaluation)完成的。亨利来我们诊所的精神科医生桑医生(不是他的真实姓名)那里之前曾经看过三次精神科医生。亨利好像很喜欢桑医生,因为他与桑医生在一起时很健谈,并且当他们见面时亨利经常露出笑容。

我们对亨利的住院记录知道得越多,对他的了解也就越完整。亨利的妈妈古蒂快40岁时被诊断为患有抑郁症,这一信息是从她自己和乔治那儿得到的(我们和乔治及亨利的妈妈联系,他们都非常愿意到我们这儿来以提供一些其他资料)。乔治衣着整洁,却穿了一条大一号的休闲裤,它已经滑到了乔治的腰际以下。乔治情感表达适当,在我们交谈的过程中有直接的目光接触。乔治带着眼镜,大概超重9公斤,身高167cm。从他脸上明显的胡子茬来看,他至少有一天没刮胡子了。在谈话过程中,乔治显得坐立不安,"我以前从来没和治疗师会过面,所以我今天有点儿紧张。我的家人都有些紧张。"

古蒂穿着很传统,我们第一次见面的时候,她带了一顶宽沿帽,拿着一个很大的手提袋。在整个谈话过程中她总是面带微笑,并且和我们有很好的目光接触。在整个谈话中,她总是最靠近我们地坐在椅子上,每次谈话的开始和结束都要紧紧地抓住我们的手。古蒂身高160cm,不胖不瘦,一双锐利的淡褐色眼睛。她给我们看了一张年轻时候的照片,那时的她非常迷人。她走得有点慢,但让我们觉得很舒服。

古蒂这样形容乔治:"他有点奇怪,是一个很古怪的人。我有了孙女后,

他经常给我孙女买娃娃和漂亮的衣服。但是他每次都不让商家邮递，而是自己坐两个小时的火车把这些东西丢给我就走了。你能想象别人也这样做吗？他不会伤害别人，我感觉就是有点怪。”乔治也提供了一些古蒂的情况。

“她得了好几年的抑郁症，那期间没有人帮她。她现在仍然在努力做些家务，但她很少出去。烹饪就是她的生命，她真是一个很棒的厨师！我们习惯于她的黑眼圈，认为这是因为整天做饭造成的。她每天睡得很多，却起得很早。她每天还必须以她那粗暴的方式看管着三个孩子。她从来没有告诉过我们爸爸为什么离开。我们猜爸爸也许是有了别的女人，或者是一旦他过来就有可能被抓走。”

“亨利高中毕业，成绩还可以。他是在男子学校上的高中，毕业前从来没有真正对女人感兴趣过。毕业后亨利和我一起经营家族生意，他妻子和母亲一起照顾家里。他们从来没想过要孩子。亨利洗完澡后对待自己的方法让我们觉得有点不对劲。他胳膊上有很恐怖的抓痕，我们最初还以为是皮疹或是天气热的原因。后来，我们和亨利的交流越来越困难，直到最后谁也不知道他在说什么。他告诉我们脑袋里着了火。我们不知道到底出了什么事。”

我们向乔治和古蒂询问亨利是否有酒精和药物滥用的问题。乔治说：“亨利很少喝酒，也从来没用过毒品。这些东西对他没什么用，他也没钱去买。亨利在一个肉食包装厂工作，根本没有钱去买那些东西。他对酒一点儿都不感兴趣，并且我家里也没有谁喝酒成瘾。”古蒂也很确信这一点。“我的儿子可能有问题，但绝不可能是酒精和药物滥用。很少有人问这样的问题，你是第二个。”

我们让亨利说说他的喝酒情况，得到的信息却不太一样。“我只是在街上喝酒。我喝酒是为了让脑袋里的火熄灭、不再有瘙痒的感觉，还有不再听到那些声音。那些声音总是似乎对着我小声嘀咕些什么。我知道我不太好，但它们也这么说我。它们现在很安静，但是它们说话时就会傻笑。有时候酒精能让它们安静下来……安静点！”这时，亨利开始不停地哈哈笑，我们不得不停下来，好让他能安静下来。

亨利用酒精阻止幻听和其他幻觉的方法是典型的精神分裂症门诊病人的表现。我们将看到，许多精神分裂症的门诊病人[注1]会因为药物的副作用而停止服药，而药物的副作用有时候确实会很严重。一旦他们停止服药，声音（如果他们有幻听现象）又会出现。因此他们会在用药和停药之间摇摆。许多精神分裂症患者出院后都会用酒精来减轻幻听之类的幻觉。酒精有它自己的副作用，但也有一些优点：很好买到，很便宜，如果你到了法定年龄买酒[注2]就是合法行为。在美国，有许多无家可归的门诊精神病人会用酒精或违禁药物就来减轻他们的症状。据Dugger（1995）早期的一篇报告说，那些不住院又无家可归的精神病人（其中包括精神分裂症患者）很可能会服用强效纯可卡因（crack cocaine）之类的违禁药物，以减轻他们的症状。根据亨利自己及警方的描述，亨利很可能已经成为了这些人中的一员。

我们想通过亨利家人的帮助来评估亨利的病情发作。亨利说："我23岁那年情况变得非常糟糕。我妻子因为其他男人而抛弃了我，你知道吗，我们当时有很多矛盾。她从来都不喜欢我的工作，我们之间也不亲密。我妈妈却很喜欢她，我有时候很难理解她们两个。她嫌我说得太多，还说我疯了。你们觉得我疯了吗？"

古蒂和乔治给我们提供了一些其他的信息。古蒂告诉我们，"亨利在23岁左右的时候出现幻听，并且开始对他的幻听有一些反应，这一时期也正是他们夫妻关系破裂的阶段。当时他的压力真的很大，但是他的古怪表现从高中毕业后就开始了，到那时已经四年。他不能好好照顾自己，并且身上开始出现可怕的抓痕。他还对我们说，有时候他可以得到上帝的信息，上帝只和他一个人交流。我们有点担心但并没有太在意。我认为那只是他成长过程中的一部分，以及由此带来的害怕和恐惧。亨利总是笨笨的，所以我认为那是他误解了一些东西。当他妻子离开他时，幻听和抓伤现象变得非常严重。我们试图让他平静下

【注1】门诊病人是不需住院而在医院或门诊部接受诊断治疗的患者。——译者注

【注2】在限制未成年人饮酒方面，美国的法律比较严格。美国的《最低饮酒年龄法案》和《美国未成年人保护法》的两部法律把最低的饮酒年龄限制在21岁。——编者注

来，但是没有用。虽然我从没住过医院，但是我知道应该怎么办。我们叫了一辆救护车把亨利送进医院，后来我们才知道亨利是精神病性分离（psychotic break，一种与现实的突然分离）。他们说亨利得的是一种叫精神分裂症的疾病，这种病需要长期住院、吃药和高强度的治疗。”

她接着说："这对我们来说是一个很大的打击！我已经伤心了很长一段时间，而自己的一个孩子得了精神分裂症又让我更加地难过。我并不认为他是人格分裂，但是后来医生告诉我精神分裂症意味着是什么。我感觉很不好，但是他们说对亨利进行治疗是对他病情最好的处理方式，我就让他们放手去做了。我很怀念亨利在我身边的日子，但是我知道什么地方是他现在应该去的。”

“当亨利还是小孩子的时候，他真的没有什么问题。他喜欢自己玩，但是对别人很友好。他说话晚，但是很快就赶上了其他孩子。他对上学不怎么感兴趣；经常沉浸在自己的世界里，喜欢一个人活动。他不怎么参加体育活动，也不擅长。因为他太害羞不敢和女孩子讲话，他总是独自参加毕业舞会；因为他比较瘦长，女孩子们并不迷恋他。但我们从来没有发现什么异常现象表明他像现在这样不清醒。”

到目前为止，亨利经历过的事情中是否有一些能够解释亨利具有某种精神分裂症的先兆？让我们再看看是否还有其他信息可以帮助我们进行判断。我们接着询问古蒂。

“在怀亨利的时候我没有任何问题，其他孩子也没有任何问题可以说。我刚才跟你说过的伤心事，现在似乎完全好了。在亨利病情加剧的时候，我在逐渐好转。我想亨利的爸爸（我的丈夫）可能有一些问题。他没和我们一起到纽约来，这件事肯定影响了亨利。我丈夫曾经说过他有时会听到一些东西，并问我是否也能听到，我总是告诉他什么都没听到。事实上绝大多数他问我的时候周围非常安静。他从来不能集中精力在一件事情上，包括我们的婚姻。他有时还会造出奇怪的词语，很难理解他想说什么。当然在东欧，人们都不会讨论精

神疾病。所以我们对这件事情保持沉默。

"当亨利出生后，我丈夫的病情变得越来越严重。他开始找房子里的金属丝，把地板拔起来。他脑子里的声音出现地更加频繁。他再也不能忍受这个声音了。后来我们筹集了足够的钱准备来美国，但在我们动身前一个月他离开了家。我没有想过找他。当时亨利只有4岁，他根本不能理解发生了什么事情。我想亨利会觉得我和他爸爸都在欺骗他。"

然后我们继续和亨利交谈。"那么你们怎么认为呢？今天的天气很好吧？天气好时，虫子就会钻出来吃草……你们喜欢钓鱼吗？我很喜欢。"我们问亨利是否他知道自己的情况，"我病了，所以他们让我住院。看到这些瘙痒没有？它们让我不停地抓，弄得我身上到处是伤。我觉得有东西在我身上爬来爬去，这些东西真是讨厌死了。还有那些火、嗡嗡声……它们让我病得不轻。他们说我得了什么精神分裂症，但他们说是可以控制的。"这时，亨利开始大笑，眼睛盯着天花板转来转去。我们问他为什么笑，"你们知道吗，那些爬在我身上的东西偷偷地溜走了。是克莱拉那个女巫让我的眼睛抽搐的。"我们这时注意到他右眼出现轻微的面部抽搐。

作为一个紊乱型精神分裂症患者，亨利的说话方式和说话内容并不奇怪。他的谈话经常没有逻辑，从一个话题跳到另一个话题，每个话题之间都没有什么联系。在亨利的谈话中我们还发现了他经常答非所问，得到的回答和问题毫不相关。解释和理解精神分裂症患者的话是很困难的。治疗师不能确定是他们没有理解问题，或是不能将注意力集中在当前问题上，还是仅仅是觉得问题很难回答。后者是指可能会导致情绪不良反应的私人问题。当然最困难的是给他们下诊断，因为很多"正常"人也有这样的反应。

我们告诉亨利他得去我们的精神科医生那里看一下，他同意了。精神科医生哈里最后给了如下的报告：

"亨利患有精神分裂症，紊乱型。他具有幻觉，具体表现为幻听，还有妄想（delusions）。他思维紊乱，情感表达不合适。他知道自己身在何处，却不知道现在是何年何月。他蓬头垢面，卫生状况比较差。过往住院记录显示'他服用过氟奋乃静（Prolixin，又称氟非那嗪，fluphenazine，一种抗精神病药）。并且希望给他进行两周一次的注射。他对氟奋乃静反应良好，社会功能完好可以出院。每周一中午来院检查，我们希望亨利能够坚持。其母保证每周驾车带他来院检查。'亨利通过酒精消除头内灼烧感及幻听。他现在把酒精当作自己的药。由于现在还没有出现耐受性（tolerance）和戒断症状，因此未发现酒精或物质依赖的迹象。基于上述情况和我的个人经验，我对亨利的诊断为：

精神分裂症，紊乱型，持续性	295.10
酒精滥用	305.00

病源理论

毫无疑问，整个这一部分都将是精神分裂症的病源理论。对于很多临床医生来说，精神分裂症是最常见的精神疾患。因篇幅有限，我们将给大家总结一些关键发现和病源理论。

在谈论精神分裂症的病源之前，必须先考虑遗传因素。首先，研究者一致认为没有哪个基因能够独自引发精神分裂症。他们假设可能是多个基因的共同作用使得精神分裂症的易发性大大提高。许多研究者很权威地指出：基因只是起到使一些人成为精神分裂症易感人群的作用。关于这方面的研究证据很多，所以这种可能性我们不能低估（参见Bassett，Chow，Waterworth，& Brzustowicz，2001）。

Kallmann（1938）做了一个精神分裂症患者家庭的研究，这一研究具有里程碑性质。他研究了1000多名精神分裂症患者及他们的家庭成员，有两个重要

发现。首先，如果父母的精神分裂症症状越严重，他们的孩子罹患精神分裂症的可能性就越大。这一研究更重要的发现在于：Kallmann假设并证实了精神分裂症患者的孩子并不是对精神分裂症的各种亚型都具有基因易感性，相反，他们更易罹患和父母不同类型的精神分裂症。其他研究表明，家族遗传因素与精神分裂症病源确实有关（Kendler，McGuire，Gruenberg，O are，Spellman，& Walsh，1993）。Gottesman（1993）总结出：与精神分裂症患者的基因相似程度越高的人，罹患精神分裂症的可能性就越大。例如，如果同卵双生子中的一个得了精神分裂症，那么另一个得精神分裂症的可能性为50%。一般说来，同卵双生子的基因完全相同，因为同卵双生子是由同一个受精卵分裂而成的。

研究者经常使用双生子和收养的儿童进行研究，因为很难单独分隔出环境的影响，而环境因素对于精神分裂症病的诱发也起到一定作用。大多数双生子研究的结果表明，环境因素在形成精神分裂症易感性上起到了50%左右的作用。著名的Genain四胞胎研究【注】为研究者提供了更多的思路。她们是罕见的同卵四姐妹，四人先后得了不同程度的精神分裂症。虽然四个人在同一家庭中长大，但她们所受的家庭影响并不相同，受到的环境影响也不一样（尤其是她们长大成人之后）。Genain姐妹的例子很好地说明了环境因素在精神分裂症病源中所起的作用。然而，她们的父亲可能患有精神分裂症；我们知道其父亲的兄弟、妈妈和叔父又都有神经崩溃（nervous breakdown）。因此，这到底是环境因素还是遗传因素的作用呢？

收养研究试图进行更深入的分析。这类研究需要通过多年的研究得出最有结论性的结果。丹麦研究者发现：39例被领养的高危儿童（这些孩子生身父母中至少有一位是精神分裂症患者）中，有3例发展为精神分裂症，占总数的8%（Rosenthal，Wender，Kety，Schulsinger，Welner，& Reider，1975）。从这个研究及其他类似的研究中，我们可以得出这样的结论：在家庭因素对精神分

【注】这是40多年前开始的对精神分裂症的长期科学观察研究。关于Genain的第一篇报道发表在1963年。——编者注

裂症的影响中，主要是遗传的影响，而非环境因素。因此，只要父母中有一方患有精神分裂症，都将构成其子女罹患此病的一个主要危险因素。

我们接下来将简要看看生物因素和出生前各因素对精神分裂症的影响。一些研究指出，孕妇在妊娠的第2个三个月（second trimester）【注】期间患有流感，她的孩子就更容易罹患精神分裂症。妊娠中期是神经系统发展的关键时期，而流感可能会影响某些神经系统的发展，进而为孩子今后发展为精神分裂症埋下隐患。如果孕妇在妊娠中期遇到一些应激事件（尤其是情感创伤），也会增加孩子患上精神分裂症的可能性。因此，妊娠中期是一个非常关键的时期（**Huttunen & Niskanen，1978**）。

多巴胺假说（dopamine hypothesis）为我们提供了一个很迷人的观点。这一理论的核心就是：大脑中某些神经突触上的多巴胺的过多聚集会引发精神分裂症。典型抗精神病药物通过阻断突触后多巴胺的受体来减轻精神分裂症的幻觉，其疗效很好地支持了多巴胺假说。换句话说，这些药物通过降低多巴胺在大脑里的数量而发挥疗效。

但是这个理论存在一些问题。第一，减少多巴胺的典型抗精神病药对一些精神分裂症患者没有疗效。第二，多巴胺假说太简单了，它不能解释为什么所有抗精神病药物都有疗效。如果使用得当，这些药会快速发挥作用，但是行为的改变却要历经一段时间。从逻辑上讲，这一现象驳斥了多巴胺假说，因为如果假说是正确的，那么当这些药物快速发挥作用时，我们是可以期待精神分裂症患者快速好转的，但事实并非如此。

在介绍压力特异质模型（diathesis-stress model）之前，我们还要再看一个生物学观点。由于利用了尖端的大脑扫描技术（比如正电子发射计算机断层扫描，PET扫描），研究者发现一些精神分裂症患者大脑的脑室有所扩大。脑室

【注】怀孕的第13～27周。——编者注

是大脑内的沟回，里面充满了脑脊液。换言之，精神分裂症患者的脑脊液比正常人多。但这个病源理论也有一些问题。

首先，脑室会随年龄增长而不断扩大。脑室扩大在其他疾病中也能发现，比如创伤性脑损伤（traumatic brain injuries，TBI）和酒精依赖。我们也不知道是精神分裂导致脑室扩大还是脑室扩大导致精神分裂。最后，脑室扩大只发生在1/3的精神分裂症患者身上。

最后，精神分裂症的压力特异质模型在今天已被很多心理学家所接受。特异质是指有患有某种疾病的基因易感性，在这里指的是对精神分裂症的易感性。这个理论简单明了。有些个体生来就具有患有精神分裂症的特异质，即基因易感性。但这并不意味着这些人一定会患上精神分裂症。压力是指：当这些人遇到严重压力事件，又无法应对时，他们就会患上精神分裂症（Zubin & Spring，1977）。这类压力事件包括：严重创伤（比如2001年的9·11恐怖袭击）、人际冲突、婚姻问题、所爱的人丧失（如孩子的死亡），或是破产。如果个体能够成功应对这些问题，精神分裂症（即使他们有基因易感性或特异质）永远都不会发生。很多人接受了这个观点，因为有证据表明外部环境和人际压力的相互作用是精神分裂症的一个诱因。

治疗计划

治疗精神分裂症最有效的方法是将药物治疗、行为治疗、认知治疗和家庭治疗结合起来。很多心理学家和其他人士都承认这些方法只是更有效，但没有一种方法，或几种方法进行结合，就可以治愈精神分裂症。有效的治疗针对幻觉、妄想、行为错乱，并旨在减轻这些症状。另外，即使精神分裂症患者持续治疗，他们还是会病情复发。毋庸置疑，这一点让病人和医务人员都很恼火。

对于亨利，首先是要决定他是否需要再次住院治疗。哈里和我们决定先让

他服用氟奋乃静，看看情况如何。古蒂反对让亨利返院，我们和她讨论了这件事："我们觉得他在这里的进展越来越慢，如果他不住院就再也没有机会好转了。你可以和亨利谈谈并帮助他，但是他必须服药。否则，就没有希望了。我们希望你能给他一个机会。"我们担心亨利不会坚持治疗，就和他及母亲定了一个行为契约。我们特别强调，如果亨利有一次治疗没有来，或者拒绝药物治疗（氟奋乃静由专业医疗人员进行注射），或是再次被警察抓住，我们将让他入院治疗。亨利很明白这一点，并保证会坚持来治疗。你认为他能做到吗？

在回答这个问题之前，请先看一下我们是如何对亨利进行治疗的。我们要求亨利做了一次全面的体检。正如前几章提到的那样，很多身体疾病的症状与心理障碍非常相像。在我们对他进行治疗之前，我们要确诊他没有某种神经疾病或突发疾病（seizure disorder）。他以前的住院纪录没有提到任何其他疾病，这让我们确信他出院之后没有发生任何病理性改变。他的体检报告也说明亨利的身体很健康；因此，我们可以开始执行治疗计划了。

我们安排亨利每两周来诊所注射一次氟奋乃静。氟奋乃静的注射由精神科医生监督，一名精神科护士来执行。我们还给亨利安排了个别、团体和职业治疗。职业治疗的内容包括：烹饪、清洗、艺术和工艺。这是为了让病人更有活力，让他们学会（或者重新学习）由于住院而忘记的生活技巧。很多病人在医院里住久了变得不知道怎么进行日常生活，或不会用电话，这些情况是不是让你很吃惊？

6周后，亨利回来做个别治疗，我们发现他有了一些改变。"我脑袋里的火和声音都消失了。我很害怕……害怕它们还会出现。我希望这些永远消失。打针很疼，但却是很有效。我再也不需要啤酒了。但是瘙痒感还有，这确实很难消除。"事实上是由于亨利患有湿疹，当人紧张时，湿疹会加重。亨利是一个非常容易紧张的人，并且有幻触（比如，他觉得有东西在他身上爬），这些都会加重他的湿疹。医生给亨利开了可的松药膏来帮他减轻这种症状。

当亨利的幻觉消失时，他在个别治疗中说了很多话。但是团体治疗对他没什么作用。亨利是一个安静、缄默的人，“我不喜欢在公共场合讲话，尤其是生病以后。我好像得病了，我也知道这个病的名称，但我不知道为什么我会得这种病，你们知道吗？为什么我会得这种病？”我们向亨利询问起他的父亲，“嗯……我挺怀念和爸爸在一起的那段时间。他后来没和我们在一起，我一点也不了解他。现在我妈妈说我的病可能和他有关，我觉得父亲离我更远了。”

后来我们决定请古蒂、乔治和亨利一起进行家庭治疗。亨利有很大的进步，他能够与母亲一起居住，坚持来诊所注射氟奋乃静，并服用其他药物。古蒂很愿意进行家庭治疗，但乔治由于路途太远不能来，他也非常关心亨利病情的发展。我们向亨利询问他离婚的事情。“我想我爱她，但她不爱我。我们结婚没多久。我想她不能忍受我的病。我也不能挣很多钱，但是她想要的是什么呢？我们结婚时都太年轻了。我想，是不是离婚让我病得更重？你知道吗，这件事对我来说真的打击很大。父亲抛弃了我，现在她也抛弃了我，后来我进了医院，所有人都抛弃了我。不过，我妈妈总是和我在一起。乔治有时会……但克莱拉从来不会，她是个女巫，永远都是。”

古蒂接着回应道：“我现才知道他爸爸和他妻子的迅速离去对亨利有那么大的影响。我从没有想过它们之间的联系。我想亨利需要谈谈这些事，让他认识到他是有用的，他是一个好人，家里每个人包括克莱拉都是爱他的。克莱拉只是不知道精神分裂症是什么。”

在家庭治疗中，我们关注于亨利的丧失和被抛弃的问题，并鼓励他继续做木工工作（他的手工非常好）。亨利还在诊所里待了一天，进行了工艺、家务和职业治疗。在诊所的每月竞赛中，他的木工创作还得了二等奖。在治疗过程中，我们鼓励亨利面对这些丧失，并表现出适当的悲痛。但没过多久，亨利不让古蒂参与治疗了，“是我得了精神分裂症，而不是妈妈！我希望它只发生在我身上，并且只发生一次就够了。”古蒂经常打电话询问亨利的进展，但是亨

利废除了保密弃权书，我们无法知道到底发生了什么。

坚持了4个月的门诊治疗后，亨利就消失了。6周后，我们接到了一个当地精神病院的电话，说由于他旧病复发，被重新送进医院。他入院时没有表明进行过氟奋乃静治疗，也没有服药。当他两眼无神、漫无目的地在街上游荡时被警察发现了。当时他的幻觉很严重，语无伦次地向陌生人大声喊叫。他现在还在住院，出院遥遥无期。

治疗精神分裂症药物的种类和数量都很多。每一类药物都既有疗效又有副作用。我们将简要介绍一下每类药物，因为详细完整的介绍已经超过这本书的范畴。我们还需要简略谈谈“神经安定药”（neuroleptic）这个词，每当说到这个词的时候，都会提到抗精神病药物的副作用，尤其是它们会导致出现类似帕金森症[注]的症状。许多专业人士现在都不用神经安定药而用抗精神病药物这个词，因此我们顺应这一趋势，使用抗精神病药这一名词。

我们还需要讨论抗精神病药物各分类的术语变化。过去，抗精神病药物被分为“典型”（typical）和“非典型”（atypical）两大类。“典型”药物是指多巴胺促动剂，包括早期抗精神分裂症药物，如氯丙嗪（Thorazine，又称chlorpromazine）。“非典型”药物是指新的抗精神病药物，这些药对阳性症状的减轻更有效，并且可以控制5-羟色胺（serotonin）水平。氯氮平（Clozaril，又称clozapine）就属于这类药。因为“典型”和“非典型”从字面上不能表现出它们的真正差别，所以一些专业人士现在用“第二代”来指代那些新药（即以前的“非典型”），用“传统药物”代替以前的“典型”药物（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。这样其实更乱，为了简单明了，也因为很多教科书

【注】帕金森症是一种神经系统常见的发性慢性、渐进性变性疾病，以“运动迟缓、肌肉强直、静止性震颤和姿势异常”四个特征为临床特点。因首先由英国内科医生詹姆·帕金森（James Parkinson）于1817年描述而得名，即通常所说的“震颤麻痹综合症”。本病多发生于50～60岁以上的中老年人，但在遗传分型中也有家族和少年帕金森病。男性稍多于女性。发病率约占全部病人的75%～80%。——编者注

上都采用以前的叫法，我们也采用以前的叫法。

大多数专业人士认为，治疗精神分裂症患者的幻觉，最好的和唯一的途径就是使用抗精神病药物（APA，2000）。亨利住院时服用的是氯丙嗪；一些专业人士将氯丙嗪归为“典型”抗精神病药。“典型”抗精神病药是指多巴胺促动剂（dopamine agonist），它们能增强脑内多巴胺的活动。其他药物还包括硫利达嗪（Mellaril，又称thioridazine）和三氟拉嗪（Stelazine，又称trifluroperazine）。这些药半衰期短，也就是说，必须每天服用。典型抗精神病药物对所谓的阳性症状（如幻觉）的疗效高于对阴性症状（如情感不适当和情感淡漠）的疗效。服用这些药物也不可能成瘾。奇怪的是，这类药虽然很难成瘾，但却有严重的副作用。它们很便宜并被广泛用于住院病人，这些病人比较顺从，也很容易监控副作用。

我们很有必要讨论一下这些药的副作用。很不幸，抗精神病药在一些病人身上会产生最严重的副作用。病人（如有可能的话）及其家属，或者医院（如果前两者都不能判断的话）必须考虑是否值得冒险去服用这些药物。那么这些药会有哪些副作用呢？最常见的副作用有：嗜睡、头昏眼花、口干和便秘。这些副作用（即反副交感神经生理的副作用）与抗组胺类药物的副作用相似，比如治疗感冒和过敏的苯海拉明（Benadryl，又称苯那君）及康泰克。这些副作用听起来好像也没那么糟糕，但这只是我们在讨论三环类抗抑郁药时会提到的副作用。更严重的副作用其实在后面。

锥体外副作用（extrapyramidal side effects，EPS）是这类药最严重的副作用，包括帕金森症（类帕金森症副作用，如震颤、肌肉僵直、流口水）、迟发性运动障碍（Tardive Dyskinesia，TD，表现为面部肌肉抽动、四肢舞蹈样动作、捻丸样动作），急性发作（seizures）。对很多病人来说迟发性运动障碍是无法治愈的；通过更换药物或加入金刚烷胺（Symmetrel，又称amantadine）可以治疗帕金森症。而锥体外副作用可以通过服用安坦（Artane，又称苯海索，

trihexyphenidyl）或苯扎托品（Cogentin，又称benztropine）这类药物来治疗。当然这些药也有副作用，比如口干、排尿延迟、恶心和失眠。

由于以上的副作用，所以，当医生开了抗精神病药之后，很多病人（包括亨利）却想尽办法不去服用。这也是很多精神分裂症患者出现幻觉后，会饮酒、吸毒的主要原因。虽然酒精、毒品这些东西也有副作用，但是这些副作用没有抗精神病药的副作用那么严重。幸运的是，还有其他治疗精神分裂症的药物。

长效抗精神病药物（depot antipsychotics）有很长的半衰期，大约2～4个月。这种药为注射剂，对于亨利那样不能坚持药物治疗的病人来说，是理想药物。这类药包括有氟奋乃静（氟非那嗪）和氟哌啶醇（Haldol，又称haloperidol）。这类药最大的优点就是医生能保证药会在病人身上发挥着作用。这类药的复发率低，并且病人不必每天服药（当然，当药已经在他们身上发挥作用的时候，他们就没办法把药扔掉了）。那么最大的缺点是什么呢？副作用的问题又出来了。如果病人对这些药有不良反应，那么他们就不得不用相当长的时间来对付它，一般要4周——直到那些药失效为止。另外，口服抗精神病药物只需要3～4天就可以让药效达到维持水平并稳定病人病情，而长效抗精神病药则需要更长的时间。

因为亨利出院后一直拒绝服用氯丙嗪，我们给他开了氟奋乃静。这样他的幻觉症状就能被控制住了。正像你看到的那样，他最终销声匿迹，停止了氟奋乃静的注射，不来诊所也不进行任何治疗。直到他被警察抓到，又再次送进了精神病院。这在精神分裂症患者中很常见。幸运的是，现在又有一些治疗精神分裂症的新药。它们疗效更好，锥体外副作用小很多。但这些药很贵因此也更难开在医生的处方中。

这些新药包括氯氮平和维思通（Risperdal，又称利培酮，risperidone），它们也是非典型抗精神病药物。这些新型的抗精神病药物的副作用非常小。比如氯氮平已被证明不会产生迟发性运动障碍和其他肌肉问题，而维思通不会产生

锥体外副作用，产生迟发性运动障碍的可能性也小得多（Maxmen & Ward，1995）。氯氮平和维思通对于精神分裂症的阴性症状（比如情感淡漠和情感不适合等）也很有疗效。但是氯氮平会诱发粒细胞缺乏症（agranulocytosis）。这种病使个体的白细胞数量降到最低水平，可能一个小伤口或感冒都会要了患者的命。解决这个问题的唯一方法就是一旦发现立即停用氯氮平。另外，这些药比氯丙嗪等典型的抗精神病药贵得多。最近新出的非典型抗精神病药有再普乐（Zyprexa，又称奥氮平，olanzapine）、思瑞康（Seroquel，又称喹硫平，quetiapine）、齐拉西酮（Geodon，又称Ziprasidone）（Bezchlibnyk-butler & Jeffries，2002）。

在精神病学和心理学领域中，还有很多其他治疗精神分裂症的药物。刚才我们讨论的只是其中的一小部分。如果你有进一步的兴趣，可以看看McKim（2003）的《药物和行为：行为药理学入门》（Drugs and Behavior: An Introduction to Behavioral Pharmacology），这是一本非常棒的教材。

预后

亨利的预后被评为“很差”（poor）。这么评定有如下原因：首先，亨利在他的病程中，有多次病情复发，这不是好迹象。一般说来，精神分裂症患者病情复发得越频繁，症状就越难控制。紊乱型精神分裂症很难治疗，但这是需要考虑的另一个因素。药物治疗对大约1/3的患者是无效的，这是个很大的比例。亨利不愿坚持用药也是他预后效果差的一个原因。在用氟奋乃静进行治疗时，亨利对自己的病表现出有些了解，这也是有帮助的。还有一点很重要，就是古蒂和乔治都很支持他。很多精神分裂症患者几乎没有家庭和社会支持系统，这很不利于他们的恢复。最后我们要说的是：亨利还在住院，药物对他很有疗效。医院表示亨利还要继续住院“直到他症状减退，明显好转。但按现在情况看，这种可能性很小”。鉴于亨利的既往病史和现状，我们只能说他预后“很差”。

精神分裂症，偏执型

伊恩的个案：“他们在跟踪我！”

问题呈现

伊恩是一名35岁的白人男性，5年前第二次离婚。他的第一次婚姻持续了3年，第二次只持续了11个月。在第二次婚姻中伊恩有了一个女儿莎拉（“我总是很喜欢不寻常的拼写[注]”）。伊恩身高195cm，体重95公斤，“我有些胖，如果有机会，我会减肥。”伊恩家庭背景比较复杂。母亲生于苏格兰的爱丁堡，父亲生于加拿大的魁北克省魁北克市。伊恩法语说得很流利，英语也很标准。

在治疗过程中，伊恩对我们说话的方式充满了怀疑，还显得有些生气。他很少笑，经常对我们怒目而视。他在整个治疗过程中都非常严肃，说话的语气中带有很多情绪。他还经常环视我们的办公室，打量室内的每件物品。如果我们忘记了屏蔽电话而有电话打进来，他都要追问是谁打的。

在整个治疗过程中，伊恩从来没有脱过他的外套（大衣，羊绒帽），“万一有什么事发生，我需要穿着它们马上离开”——这是他给的理由。他面色红润，有点秃顶。伊恩戴着眼镜，无论什么天气都会带着一副御寒耳罩。“耳罩可以帮助对监视我的人以及所发生的事情保持警惕。”

伊恩来我们这里的原因之一是因为他酒后驾车被警察抓住。当时他血液中

【注】“莎拉”的标准拼写为“Sarah”，但他女儿的名字拼写为“Sarrah”。——译者注

酒精浓度（Blood Alcohol Concentration，简称BAC）为0.14，这个浓度相当于每小时饮酒7次。这是他第一次违规，因此他被罚进“醒酒班”学习并进行心理和精神鉴定。据警方记录，他在驾驶中睡着并把车开入了路旁的便利店。除此之外伊恩记录清白，他被送去见监外执行官（probation officer）菲比。

我们找菲比确认信息，她告诉我们伊恩先前没有因精神或心理疾病住院的经历；实际上他的身体状况非常好。逮捕警官（arresting officer）的记录显示“伊恩先生不停地说我们和其他人在跟踪他，监视他，想捉住他。他口齿清晰，但话语没有任何意义。我们晚上在小镇子上拘留了他，希望他清醒过来。卡菲尔德警官报告说他一直不停地说那样的话，但是根据酒精测试器的结果他是完全清醒的。在他的保证下，我们让他保释回家；要求他配合监外执行官以及其他警官的工作，以后要按时出庭，出庭日期为……”

伊恩获释后收到了对他的判决。在伊恩接受“醒酒训练”期间，一位培训员指出，伊恩的BAC过高。当BAC高于0.1时（对于这个特殊学校来说），需要自动转介进行心理和酒精评估。毫无疑问，伊恩是应该进行转介评估的，因为菲比接受的案例都与酒精有关，而她会主动将新当事人转介出去。从多方信息中，我们最初就已经得知伊恩的“偏执”行为最近才有所表现，以前从未出现过。这就引出了新的问题，也是我们接下来尝试回答的问题。

背景信息

伊恩高中毕业的平均成绩是C。他那时热衷于体育和交女朋友。“女孩……是的，上高中时，我很讨女孩喜欢，但是我没有认真过。”伊恩大学学的是生物，“大学学生物，没有为什么，那个时候好像大家都在学生物。”他还辅修了化学。伊恩大学毕业的平均成绩也是C，毕业不久就到军队参加军官培训。培训结束之后伊恩到新兵征募办公室做文员。“在我光荣离职前，我知道他们对我的一些行为和想法不满。我知道政府在监视我们，就像《X档案》里

演的，我总是能看到类似的画面，也有那样的体验。不仅是外星人，外面的所有人都要害我。军队里也是那样。我听见一些动静……在浴室、食堂、执行宪兵任务的时候。我想把其他人叫过来，但没有人相信我。他们觉得我是个疯子，但我确实听到有人……两到三个……说要袭击军事基地和美国。他们想用核武器攻击我们。因此我需要做好准备。”伊恩用眼睛盯着我们，好像我们就是那些人。

伊恩光荣退伍后，在当地电力公司找到一份工作。他从最开始的电线掉落修复工做到生产主管。“我有责任确保这个房间里的灯亮着。你们感觉怎么样？”伊恩来见我们时他已经“请假了，由于他们说的所谓我的问题。也许你们能帮我弄明白他们是什么意思。我想有些人希望我被解雇。就是因为我知道一些事情。我知道他们杀人和蔓延瘟疫的阴谋。瘟疫是通过老鼠和蟑螂传播的。他们还有核武器。由于我知道这些事情，他们很担心我泄露秘密。”

伊恩谈到了他的婚姻。“好吧，第一次婚姻，我们真的非常相爱。我是在培训学校认识她的，刚开始我们并没有彼此吸引。那时我24岁，她21岁。她很聪明也很漂亮，并提前毕业。她那时正喜欢另一个人，也不想和我出去约会，我只有等待。我坚持追她，相信我一定能打动她。终于她缠不过我，为了让我不再打扰她，所以答应和我约会一次。但她惊讶的是，她和我在一起是那么高兴。我们约会了一年，然后订了婚，一年后就结婚了。婚后不久，我妻子表现有点怪异，她说不相信政府和军队仅仅为了让我们吐露秘密而监视我们。他们对所有转业军官都那样，因为转业军官里面最容易出间谍。她难以忍受我和我的想法，于是我们就离婚了。我们现在还保持联系，但是关系并不好。我怀疑她已经被他们洗脑了。她也可能是他们派来监视我的。我一点儿也不相信她了。因为有声音偷偷的告诉我她是一个叛国者，她已经叛变了。明白了吗？”

他的第二桩婚姻更有趣。“我们是在电厂的餐厅里遇见的。我是生产主管，她是接待员。我以前就注意过她，我们相视而笑，就是那种感觉。有一天

午餐的时候，她邀我出去……你们能相信吗？我们很快坠入爱河，在法院闪电结婚，不久发现她怀了莎拉。莎拉出生后三个月她就提出离婚。为什么会这样呢？我还是很爱她，每月还会看莎拉一次。但法院说我‘还不稳定，因此不能频繁地看她。’这简直气死我了。我很正常。我是少数几个知道真相的人，也愿意把真相说出来。我们的婚姻来得快去得也很快，但是当你知道你爱一个人时，你会努力争取。我猜想可能是因为第一次婚姻结束不久我们就相爱了，你可能觉得我是想通过她来弥补第一段感情的痛苦，但我自己并不这么认为。

“莎拉是一个可爱的女孩。她今年6岁了，在学校表现非常好。我第二位前妻比第一位聪明很多。而莎拉遗传了我们两个的优点。总有一天我会把我知道的那些秘密全告诉她，这样当她十几岁的时候就可以做好准备了。她还喜欢体育，并且非常爱看棒球和曲棍球比赛。”

伊恩不想多谈他的父母及其成长背景。在我们问他两次后，他说他的成长过程良好，并且身体上也没有什么疾病。“我父母的婚姻并不幸福。我11岁时他们就离婚了，这对我来说的确是一个很大的打击。我和妈妈在一起，是她抚养我长大成人。我是独生子，所以我们母子两个相依为命。为了供我上大学，她要做两份工作，我会一辈子感谢我的母亲。没有人能对我那么好。

“父亲以前经常打我和母亲。我看到他打母亲很多次，他也打我，但是打得不多。后来我才知道，在军人家庭里这种事情很常见。但我从来没打过其他人，即使那些人确实欠揍。我也从来没打过我的孩子和前妻。母亲最终受够了，因此我们离开了父亲。父母离婚后，父亲从来没来看过我，我再也没有见过他。父亲酗酒，也许打我们的时候他喝醉了。我不知道，我确实也不关心。如果你问我，我不喝酒，也不沾毒品。他们恰恰是想用那些东西来毁掉我们的国家，当我们烂醉如泥，飘飘欲仙时，他们就能轻而易举地占领我们的国家。

“哦，我弄错了……就一个错误！当然，那是我离开莎拉之后发生的。我和前妻大吵了一架因此我不得不离开那里。我不知道喝了多少酒。我很少喝

酒，因此随便喝一点什么东西对我来说都会过量。我开车了，真不应该。我不停的喝，因为我听到有人说，‘留心伊恩。他为他们工作，他身上有很多情报。他有计划。他知道我们的阴谋。他这个狗娘养的，一个爱说谎的杂种。没人关心他的死活。’”

这时，伊恩出了很多汗，他接着讲下去。“我不能站出来，于是我藏在酒吧里等着这些人离去，但是有些人向我走来。他们不停和我说话，这次是三个人，‘我们给那个叛变的杂种食物里投毒，他永远都不会知道。他在服用治头痛的胶囊。知道泰诺（Tylenol）有毒吧？我们给他吃这种药，那个傻瓜是不会知道的。’

“后来我什么也听不到了，就离开了。该死的畜生，他们居然派警察来抓我，我没有打任何人。如果他们不出现，我早就到家了。”我们又注意到了伊恩露出愤怒的目光，他仿佛又重新经历了整个过程。

为了补充相关资料，我们又搜集了一些信息。因为伊恩讲的故事有些地方前后不一致。正如你看到的那样，伊恩有些想法不太正常，这被称为“被害妄想”（delusions of persecution）。那些没有太多这方面知识的人，看到这种症状马上就会说伊恩得了精神分裂症。但是你要比一般人聪明得多。在读了前面那些章节后（当然后面还会有更多），你会很聪明地知道在我们下结论之前还需要更多的信息。接下来就让我们看看关于伊恩还有什么新的故事吧。

在关注于伊恩自己的历史之前，我们询问他有没有精神疾病家族史。“就像我说的那样，我爸爸经常酗酒。这算吗？我妈妈非常伤心，但是不太严重。我不太了解祖父母和外祖父母。在我出生前外祖父就去世了，我和其他人也没什么联系。我外祖母因为阿尔茨海默病【注】住在家里。那真的很糟糕。它影响

【注】即老年痴呆症或老人痴呆症，学名阿兹海默病（Alzheimer's disease），是一种持续性神经功能障碍。疾病的成因未明，目前没有准确诊断和有效治疗的方法。老年痴呆症最显著的早期症状为健忘（失忆）。随着病情的加重，病人的语言能力、空间辨别能力和认知能力会逐步衰退。——编者注

了我妈妈，但你又能做什么呢？这是消灭那些老家伙的好方法……在这个国家里，人们老了就会汲取社会保障体制，所以阿尔茨海默病照顾了很多人……政府也很希望这样。无论谁是总统都这样，告诉我，为什么他们不能想出好办法医治阿尔茨海默病？里面一定有鬼。”

思考题

1. 你现在掌握了一些信息，但可能还不太全……先不考虑这个问题，伊恩出了什么问题？
2. 会有什么原因导致了伊恩的这些“偏执”想法？
3. 伊恩父亲打他的这件事其重要性有多大？
4. 基于你所了解的信息，你觉得伊恩是否如实说出他的饮酒情况？为什么？
5. 伊恩和我们谈话时，表现似乎很正常。那么，他是如何患上精神分裂症的呢？
6. 释放伊恩的判决是否正确？

评估与诊断

我们采用非结构式诊断访谈和精神科鉴定对伊恩进行评估。伊恩在和我们的精神科医生会面之前，和我们有过两次面谈。当你接诊的个案具有严重幻觉时，这是标准的治疗程序。

正像我们预料的那样，4次面谈之后，伊恩更复杂的情况及更多的背景资料开始浮出水面。伊恩告诉我们：“他们已经监视我12年了，从我23岁就开始了，那个时候我差不多刚刚结束军官培训，所以这并不是一个巧合。我用这个金属薄片（他从羊绒帽下拿出了一片锡纸）来阻断他们的信号。我把它放在帽子下面，晚上放在小帆布床的枕头下面，这个方法很管用，但只有一段时间。

我发现他们的信号越来越强，并且试图绕过锡纸。他们狡猾啊！我听到他们讨论如何给我下毒，如何杀我全家。他们觉得能骗到我！但是魔高一尺，道高一丈！我用了保鲜膜，还得到了一些铅涂料，我在帽子里放了一些铅涂料，这确实很有帮助。当然，当我洗澡的时候或被强迫摘掉帽子的时候，我又会遭受他们的洗脑攻击。

“刚开始，他们的想法和谈话声音很大；随着我年龄的增长，它们反而越来越安静了，就像是在耳语。我那两个妻子没有一个相信我；她俩肯定是被他们洗了脑。哦不，我从来没有用过毒品。我是喝过酒，但上次是个例外，从来没有上次喝得那么多。”

后来，我们试图寻找伊恩首次发病的原因。我们问他大学或军官培训期间是否有过特殊的事情发生。“那得看你们所谓的特殊指的是什么了。我大学里有一个好朋友自杀了，他们可能是控制了他，把他从房顶上推了下去，好让我崩溃。在训练期间时，我和一个蠢货打了两场恶仗。我当时告诉他有一个重大的阴谋想让我们叛变，并且告诉他我是怎么得到这些信息的，他竟然说我在胡说八道，并且根本就不打算向我道歉。他恶语中伤，我就狠狠教训了他，正好打在他眼睛上。他开始还击，于是我们就打起来了。晚上我们被带去见旅长，但是都没有受到处罚。我们出来后他却叫我疯子、精神病、疯子伊恩、傻子之类的东西。我再也忍不住了，于是我又打了他。这次，我们被警告如果再有类似的事情发生，我们都会被不名誉退伍（dishonorably adischarged），我们也就收手了。”

这些提供了一些新信息，但是我们还需要更多。于是我们将重点放在他的家庭背景上，看看这能不能提供更多的线索。我们请他多谈谈他的父亲。“我真的恨他，也很怕他。他经常打我。我放学后不得不在外面呆到很晚，因我知道他一旦回家就会打我。我时刻提防着他，因为你不知道他什么时候会打你。如果他某天过得不好，我就没好日子了——被痛打一顿。其他时候，他倒是对

我非常好，也很爱我。他带我去打篮球、逛街，还给我买冰淇淋。每年我们都去看好多场比赛。但是，这毫无意义。他爱我也打我。这算怎么回事？所以，我恨他这个杂种。我再也不想见他。我从没告诉他我已经有孩子了。他永远也不会见到莎拉。我知道有一个阴谋想让我崩溃，把我洗脑。父亲知道我知道那些阴谋，所以他打我以防我告诉别人。我妈妈也知道，我前妻都知道，莎拉也会知道的。不久，每个重要的人都会知道。

"人们应该学会的一件事就是不要惹我。我很强大，在电力公司工作。看到你们办公室里的金属地板了吗？如果我愿意，我可以把你们所有的人都电死；我有这个能力。所以，别惹我，否则我上班后就去拉闸，把你们都电死。我说到做到。我要走的时候不想单独离开，要有人陪我一起出去。"

我们从来没有觉得伊恩很有威胁性，但毫无疑问他需要做精神科诊断。精神科医生报告说："伊恩患有被害妄想和幻听，为典型的偏执型精神分裂症。他的幻觉由来已久，很稳定，很难进行反驳。他有暴力倾向，但并不付诸行动。当他实施暴力行为时，他知道自己在做什么。基于他被拘留时过高的血液中酒精浓度，他可能具有酒精滥用问题，但是这需要进一步调查。在退伍前，他一直很清醒。伊恩与人交流正常，神智清楚。他还有夸大妄想（delusions of grandeur），觉得自己比所有人都强，他有别人阴谋的内部信息。他情感适当，但防御性强，怀疑其他人，经常四处张望。他有些激动不安，在面谈过程中不能安静地坐在座位上。他社会功能良好，目前对自己和他人尚不构成威胁。他需要被小心监控。不过，他必须进行药物治疗，推荐氯氮平。下面是伊恩的最终诊断：

精神分裂症，偏执型，持续性 295.30

酒精滥用 305.00

在执行治疗计划之前，建议给伊恩做一个全面的体检。

病源理论

在亨利的案例介绍中，我们已经给出了精神分裂症的许多病源理论。我们有意略去一个理论——精神分裂症的双重约束理论（double bind theory of schizophrenia），因为它更适合伊恩。个体从家庭中得到的是矛盾的信息，由此引发精神分裂症。比如，伊恩父亲一面说“伊恩，我爱你胜过一切”，一面又会暴打他一顿（这是一个很极端的例子）。这个理论指出，矛盾信息使个体产生混乱，从而导致精神分裂症发作（Bateson，1959）。他们不知道事实或真相是什么样的，因此造成了与现实的分裂。现在已经没有人支持这个理论了，如果在治疗中使用该理论，会带来非常恶劣的后果，尤其是在家庭治疗中。当知道这个理论后，精神分裂症患者的父母或监护人会非常地内疚。他们会认为是自己错误的教养方式导致了孩子得精神分裂症。这个理论只是在历史上有过一席之地，但现在已经不再应用于治疗当中了。

双重约束理论的一个有趣的内容为“造成精神分裂症的母亲”（Fromm-Reichmann，1948）。在你了解这个理论前，从研究者提出的日期上就知道这是一个非常古老的理论。造成精神分裂症的母亲冷漠、有支配权、拒绝，是一个电冰箱似的妈妈——冷漠而没有感情。这种母亲会使孩子患上精神分裂症。当然，这个理论可以推广到父亲。毫无疑问，这个理论可以使家长产生很强烈的内疚感，并且也没有得到研究的支持，因此这个理论已经被摒弃了。

治疗计划

我们用不同的治疗模式对伊恩进行治疗。其实最理想的是对伊恩进行家庭治疗，但是没法施行。我们最后决定在对他进行药物治疗的同时辅以个别治疗。精神科医生建议伊恩服用氯氮平一段时间，症状减轻后才允许他住院，我们也非常同意他的观点。观察一个月后再决定伊恩是否需要住院治疗。

伊恩的体验报告表明他身体状况良好，只是血压偏高。这并不奇怪，他时刻保持警惕并且偏执。因为没有什么其他的特殊情况，我们决定对他实行治疗计划。

在个别治疗中，我们关注于伊恩的婚姻、他和女儿莎拉，尤其是他和父母的关系上。伊恩爱他的母亲，但是他又说“她对我父亲的行为视若无睹，我恨死她这一点了。她明明知道父亲会做什么，但是她从来没有阻止过父亲打我。她应该站出来。”我们关注于这一点以及他被父亲和前妻们抛弃的事实上。伊恩的社会支持系统很差，我们想让他在团体治疗中解决这个问题。我们还关注于建立他的自尊。

不幸的是，治疗进展地不太顺利。伊恩在药物治疗中很合作，按医嘱服用氯氮平，效果也很好。告诉他“阴谋”的声音安静下来了，在个别治疗中他也能够很好地和我们讨论他的家庭以及他的父亲。然而，被害妄想仍然存在，在个别治疗的疗程中有过几次愤怒的爆发。我们从来没有觉得伊恩具有威胁性，但是伊恩被告知不允许再有类似的爆发。菲比得知伊恩有这些爆发后，对伊恩说如果再这样他会被送回监狱。伊恩还是认为政府在跟踪他，并要给他洗脑。有一次愤怒爆发是这样的：

“见鬼，我总是能听到别人让我闭嘴，说我只不过是个蠢货。如果你在人行道上总是听到别人骂你是狗娘养的你会怎么样？我讨厌这些话。只要我稍加留神，我就能听到这些杂种在骂我。我最先考虑的是我女儿的安全。”伊恩谈到这些事情时很激动，说话的时候唾沫横飞。

伊恩在整个治疗过程中都能保持冷静，并且基本上比较合作，控制了自己愤怒的爆发。我们不愿把他送回监狱，因为那样对治疗没有什么好处。监狱一般不会使人复原的。我们和伊恩签订了一份治疗协议，如果他再有一次爆发，他就要住院。他同意了，有段时间治疗效果非常好。可是，后来他认为氯氮平是阴谋的一部分，并停止服用。三周后他在和精神科医生会面时有次严重的愤

怒爆发，这次之后，他直接被送入精神病院。他企图砸碎精神科医生办公室的收音机，当保安进来干预时他又企图往窗户上猛撞。

伊恩被戴上手铐带走了，一副懊恼的样子。“那不是我的本意。我没有选择。那个声音不停地对我说话，声音很大，在我的脑子里，在我的耳朵里。我不知道该怎么办。我是被陷害的。我再也不能忍受那种辱骂了。”这时他哭了起来。我们向他解释说这是让那些声音消失的最好办法，他获释后可以再回来进行治疗。

菲比知道了这件事情，我们和她密切合作，法院也尽量不让伊恩进监狱。她同意我们的临床诊断，并且遵守我们的治疗计划。就像我们前面看到亨利的情况那样，精神分裂症复发的情况是很常见的。你可能已经注意到了，偏执型精神分裂症和精神分裂症的其他种类有很大的不同。虽然这类患者的语言不符合逻辑，但是很清晰，比如，你可以和他们交谈，但他们的想法总是很奇怪。他们的情感表达一般比较适当，经常伴有被害妄想和夸大妄想。他们似乎对自己和对他人都很危险。如果你在新闻上看到一个“失控的精神病人”在发狂，很可能就是偏执型精神分裂症患者。要知道，这非常少见，并不是普遍情况。

伊恩在医院待了3个月。他在服用氯氮平，效果很好。他成为他那个小团体里的“领袖”，经常会在团体中大声说话，也参与团体的活动。莎拉来医院看过他一次，伊恩告诉她在外面等他重聚。最后一次报告说伊恩还在住院，妄想虽然少了很多但还没有消失。医院计划让他出院，一个月之内回到我们诊所开始门诊治疗。医院还建议一旦出院，就给他换氟奋乃静注射剂。

伊恩服用的药比较合适，和亨利服用的完全一致，都是非典型抗精神病药。伊恩对氯氮平反应良好，没有出现我们前面所谈到的那些副作用。其他的药物还包括抗抑郁药、锂类药物和抗惊厥药物等。但是，当一种药很有疗效时，再尝试其他的药就没有什么意义了。因此，氯氮平是伊恩目前最好的选择。

预后

由于很多原因，我们只能用“很差”来评定伊恩的预后效果。首先，伊恩虽然早就有了精神分裂症，但是很晚才寻求治疗。像所有的病一样，治疗越及时，疗效越好。在精神分裂症所有的症状中，偏执型的疗效最好，因为它没有阴性症状。无论是在医院还是在他不再服用氯氮平进行门诊治疗时，伊恩的妄想都没有消失。不合作是治疗精神分裂症患者的一个令人头疼的问题。伊恩还缺乏社会支持系统。莎拉很爱他，也常常来看他，但是除此之外没有第二个人了。

但也还有很多原因可以让我们对伊恩抱一个乐观的态度。伊恩想保持那份主管职务的工作（我们确认过，这是事实。公司允许他病休，他可以随时回电力公司工作）。在伊恩被妄想困扰时，他还努力完成了军官培训，结了两次婚，并且像“正常”人一样生活。当然，对于偏执型精神分裂症患者来说，这也没有什么稀奇的；但是这些确实是个好迹象。

然而，由于伊恩一直无法控制他的妄想，并且还在住院，我们只能将伊恩的预后评为“很差”。一旦他能够出院，我们就可以将他的预后改成“审慎”。

复习和思考题

亨利

1. 基于现有信息，你同意对亨利预后的评定吗？为什么？
2. 在亨利的康复过程中，他的支持系统（乔治和古蒂）有什么作用？
3. 亨利的精神分裂症与古蒂的“抑郁”有关系吗？为什么？
4. 亨利是个酗酒的人吗？他是酒精滥用者吗？为什么？
5. 基于你对精神错乱（insanity）的了解，你认为亨利精神错乱了吗？为什么？

伊恩

1. 你同意对伊恩预后的评定吗？为什么？
2. 讨论让伊恩住院的决定。
3. 讨论伊恩可能的病源学理论。
4. 伊恩被父亲殴打与他的精神分裂症发作有多大关系？
5. 你如何看待伊恩对莎拉的探视权问题。
6. 当伊恩出院后，进行团体咨询是否更有利于他的恢复？为什么？

对他们两个的问题

1. 看完两个案例后，请说出对于精神分裂症门诊或住院患者，你是否认为你能够治疗他们？
2. 你如何看待给精神分裂症患者用药的观点？
3. 你是否同意无家可归者中有很大一部分人是精神分裂症患者？为什么？
4. 讨论为什么我们现在还没有发现针对精神分裂症的治疗和治愈的有效方法？



第五章

与物质有关的精神障碍

酒精依赖（酗酒）与酒精滥用是美国最为常见的两大健康问题。在美国，大概每1/10的人深受酒精依赖症之苦，大约50%的人在日常生活中都曾遇到由酒引起的问题（酒后驾车，由于酗酒而丢掉工作，由喝酒引起的斗殴等）（Morrison，1985）。每个家庭里都有一个酒鬼（alcoholic），但在很多情况下，你必须稍花些工夫，调查两代或三代以内的亲戚就能找到。甚至连小布什总统也饱受酒精相关问题之苦，尽管他早已经戒酒了，但他的女儿珍娜（Jenna）没有做到戒酒——她由于饮酒而轻微触犯了法律。与酒精有关的麻烦究竟意味着什么？让我们研究一下以下案例，看看是否能从中获得答案。

酒精依赖

鲁迪的案例：
“我原以为只有街上的小混混才会成为酒鬼”

问题呈现

鲁迪出生在美国佐治亚州，是一名53岁的黑人男性。17岁时，他搬到北方来，一方面是寻找工作，另一方面也是为了逃避所谓的“南方态度”[注]。现在他已经结婚近20年并且有了两个儿子，一个17岁，一个14岁。“他们都是好孩子；他们一心希望能上大学，并正朝这个方向努力。我努力工作，家里也尽量为他们攒学费，他们将是我们家里第一批大学生。”鲁迪身高185cm，体重86公斤。他的右手有些轻微颤抖，“我觉得那是工作中的意外造成的”。鲁迪在一家工厂里担任生产线主管，他的妻子在当地的一家超市工作。鲁迪经常在值了一段时间的夜班后换成日班，所以他的睡眠规律常常会被打乱。“我已经习惯了。有时我需要抿一口酒，以帮助我睡觉。但不会超过那个量。”

鲁迪的监外执行官玛丽让他来我们这里来做个酒精测定。他很高的血液中酒精浓度（BAC）及三年内两次酒后驾车的记录引起了她的关注。通过调查他的驾驶记录，她发现他还有过两次违规驾驶，还涉及一桩对让路标志（yield

【注】指美国南方对待黑人的歧视态度。——编者注

sign）造成明显破坏的事故。玛丽希望能查明鲁迪是否像她怀疑的那样“真的是个酒鬼”。一旦有了结论，玛丽将和鲁迪一起讨论治疗方案。

这种情况并不罕见。最好的监外执行官都希望看到他们的当事人得到需要的帮助。他们认为当事人是有违规犯法行为，但并不一定是“坏人”。玛丽认为鲁迪是个好人，但他可能存在的酗酒问题造成了他的家庭问题。很明显，他的工作没有受影响。所以鲁迪来我们这儿做一个法庭判令的酒精测定，是为了拿回他的驾驶执照，同时希望不被要求进行任何治疗。

背景信息

鲁迪的成长经历和其他人一样平常。他提到自己曾经是“小学里的混世魔王；我那时喜欢捣乱。人们说我是个迟钝的学生，但没有任何证据可以证明这一点。我猜这只是因为我是个捣蛋鬼。我从没觉着学校有意思。不……我知道你想问什么……我没有视力问题，听力也很好。这一点我可比你们医生好多了。”鲁迪经常在吸气时微笑，与我们有很好的目光接触。他的眼睛经常充血并伴有明显的眼袋，他将这归结于睡眠不足。在最初的疗程中，他谈了很多，也放得开，对于每一个问题都能给出相应的回答。

但他的姿态是防御性的：双臂和双腿交叉。鲁迪不时地抓住右手以控制颤抖。“我不能确定是什么问题；我有时不能使它停下来。”最开始的时候，他的非言语性行为与他的话语并不匹配。

鲁迪的第一次性经验发生在14岁。他提到“我在安心下来之前有过一段很‘野’的时光，我不是个放荡的人，但同时我既不一本正经也不传统。我自己有令人兴奋的经历。我在一次教堂的典礼上遇见我太太的，那是个信徒团体的宴会。那就是所谓的‘一见钟情’吧。18个月后我们结婚了，我想那大概是距现在20年之前的事情了。我们之间也有问题，也会吵架，但每个人都会这

样。”说到这里，鲁迪笑了。

鲁迪来我们这儿最初的理由是他在法律上有了麻烦。他这样解释他的酒后驾车：“事情是这样子的。第一次的时候我把事情搞得一团糟。我下了班和朋友喝了些酒，然后开车回家，结果在路上撞到了一棵树上。我人没受伤，树也没什么大事，但车全毁了。我昏了过去，醒来后发现警察也来了。他们让我对他们的机器吹气，叫我走直线之类的事。我照他们说的做了。”根据警察局和监外执行官的记录显示，当时鲁迪的BAC高达0.28，这大致相当于1小时内喝了14杯酒或14罐340克的啤酒。

“接下来我被捕了，妻子不得不领我回去。我被吊销执照90天并被要求参加酒后驾车学习班。我犯了法，所以这是我应当承受的，那没什么可说的，我被上了一课。”他耸了耸肩。

然而，鲁迪似乎并没有真正学到教训。26个月后，他再次因为酒后驾车被捕，这回他的BAC是0.22，“这次我是被警察给盯上了。我下班后去了酒吧，不错，我喝了几杯……但我从上次经验中吸取了教训，没有连续喝酒。我大概在凌晨1点左右离开了酒吧，开车回家。在路上，我看到警车闪动的灯光，当然我停到路边。我很自信因为我清楚自己喝了多少。警官说我车开得东倒西歪的，让我下车做走直线测验。我觉得自己做得很完美，但他不这么认为。他拿出酒精测试仪（Breathalyzer，一种通过呼吸的样本来测量个人的血液中酒精含量的仪器）对我进行测试，当数字显示时，他立刻逮捕了我并收回了我的驾驶执照，过去的酒后驾车记录当然被发现了，我完了。

“为什么警察会盯上我？我开车时并没有东倒西歪，我觉得挺好，也没有造成车祸。不错，我是喝酒了……不然人们为什么下班后和朋友一起去酒吧呢？但我喝的酒没有仪器显示的那么多。1小时11杯？嗨！我是个有家的人，一个勤劳的工人，两个十几岁孩子的父亲！我怎么会喝那么多？”

结果对于鲁迪而言不太愉快。他在牢里过了一夜，因为他的太太拒绝交纳保释金。由于这是他第二次入狱，他的婚姻受到极大破坏。他的儿子为他的行为感到羞耻，并表示不能理解。因为他良好的家庭背景和工作记录（过去6年里他只请过4天假），法官给了他一次机会，对他从轻判处5年察看，吊销驾驶执照1年（1年后他可以重新申请），强制性的酗酒问题辅导以及在监狱里服务一段时间。

“这使我很沮丧，我不需要辅导。那使我看起来像个该死的酒鬼。我能控制自己的饮酒；我随时可以停止饮酒。只有混蛋才需要辅导。我不是酒鬼，酒鬼都是那些街上的混混。我是个努力工作的人，一个顾家的男人，我去教堂做礼拜，我从没有背叛过我的妻子，也不打她，总是尽力为家庭付出最多。我知道我必须来这儿见你们，但我没有酗酒问题。”

鲁迪14岁开始饮酒，一直都是喝啤酒。“我从没有真正喜欢过这玩意儿，但我的朋友都喜欢喝。第一次喝啤酒时觉得这滋味很可怕！后来我喜欢上了它，但从不喜欢度数过高的，总是喝啤酒。”他从未注意到自己饮酒习惯的变化，直到30岁时发现“要产生微醺的愉悦感需要比过去喝更多的酒。只是微醺，从未到酩酊大醉，醉到要呕吐那样的程度。不过可笑的是，我注意到好几次离开酒吧时居然想不起自己把车停在哪里了！别人认为那很有趣，但我知道对于只喝啤酒的人来说这很正常……啤酒花和大麦会对你的大脑产生那种影响……我在某个地方读到过。这只发生过几次，并不是一直这样。当开车时，我通常计算着喝酒的量，从来没有失控过……嗯，有过，但不太多。像其他人一样，我有过了头的时候，但那很寻常。你认为呢？”说到这里，他的身体前倾，眼睛眯了起来，看上去很专注。

鲁迪刚刚描述了“记忆空白”（blackouts），这是由大量饮酒而引起的记忆缺失。与一般的错误看法相反，这个人并没有失去知觉，而是因为大量摄入酒精而导致该时间段的记忆缺失。换句话说，这可以被称为和酒精相关的失忆

症（alcohol-related amnesia）。一个可能的解释是大量摄入酒精，而使新的记忆无法产生（McKim，2003）。记忆空白并不是DSM-IV-TR中酒精依赖的诊断标准，尽管如此，值得指出的是这种经历并不“寻常”。

鲁迪依然定期这样喝酒，从未考虑过减量或停止。酒后驾车使他困扰，但他把这当成是小错误，或不小心被警察盯梢而没有多想。鲁迪的确提到“有时因为第二天的工作安排，我觉得应该早些回去，但还是喝到了酒吧关门。我从没想过让事情变成这样，但是朋友总邀我去打球、游泳之类的事情。一个努力工作的人需要不时地放松一下。”鲁迪随后又双臂交叉靠后坐着，保持着和我们之间的身体距离。

思考题

1. 讨论一下鲁迪的历史中有哪些证据可以让你诊断他患有物质滥用障碍，尤其是酒精依赖。如果你认为呈现的证据并不能表明那是酒精滥用，请讨论一下这个观点。
2. BAC为0.24对大多数人来说意味着什么？
3. 讨论一下你关于与饮酒相关的记忆空白及其可能成因的看法。
4. 如果鲁迪的确是个酒鬼，他是怎么保持正常的工作和家庭生活的？
5. 鲁迪现在需要喝更多的啤酒来达到与以前相同的“微醺”感觉，这一事实表明了什么？

评估与诊断

鲁迪的监外执行官玛丽做出了最初的评估，玛丽是一个酒醉事故处理警官，即专门和那些因为酒醉问题而被逮捕的人打交道。玛丽不是物质滥用的专家，但是她接受过物质滥用诊断的大量训练。玛丽怀疑鲁迪具有酗酒问题基于两个理由：他三年之内两次酒后驾车的记录以及记录上那两次酒后驾车时他的

BAC值。一个标准体重和身高的人，假设他身体健康，不沾染毒品、药物或者其他影响大脑思维的物质，每小时喝一杯是可以接受的；这时的BAC大概是0.02。鲁迪两次记录中的BAC都超过0.20，但他依然可以开车，对于玛丽而言，这显然是个引起警惕的信号。

我们对鲁迪进行了非结构式诊断访谈来评估他是否患有酒精滥用或酒精依赖。在我们最初的访谈中发现了一些关键信息，使我们对他的情况有了一个更为清晰和完整的了解。 鲁迪在一个酒鬼家庭中长大。他的父亲是个酒鬼，当他喝醉时总是习惯性地殴打鲁迪的母亲。“那些事我记得很清楚，我曾想制止父亲，但母亲总是告诉我说，除了这一点，父亲还是很爱她和我们的。她说，他经常喝得太多。在我记忆中，他从未打过我。但他在喝酒这件事上完全控制不了自己。因为我们都看到了父亲的样子，家庭其他成员里没有一个喝酒的。我是唯一的一个。”此时鲁迪停住了，眼泪涌了上来。他拿出手帕，擦干眼泪，擤了擤鼻子，才平静了下来。他的右腿一直在晃动。

“我的曾祖母也经常会喝得酩酊大醉。她喜欢酒，但她喝着喝着就离开了人世。她从未伤害过任何人。我祖父大部分时间都在外工作，所以他并不真正清楚发生了什么。嗯……我因为自己的酒后驾车问题不准我的孩子喝酒，这样他们就不用像我这样来见玛丽和你们。”

这些事实很重要，因为大家都认为酒精依赖（有时称为酒精中毒，alcoholism，但这个术语用的不多了，因为它具有负面含义且不准确；在救助专家中，这个词被认为是带有贬义的）存在家族遗传的现象（APA，2000）。有人认为家族史是预测成年时期酗酒问题的最好预测源，为什么会这样呢？

对于这一点有两种假说。首先，酗酒的成人是他们孩子的模仿对象。孩子们看到成人喝酒，但没有看到他们受到惩罚，可能还看到他们因为喝酒而得到很多好处（大型聚会、许多朋友、每个人脸上都洋溢着笑容，等等）。其次，治疗师也认为酗酒者的亲属有可能遗传了酗酒问题的基因易感性。

心理学家能够确定的是我们知道某一疾病的判断标准，但是我们不知道许多精神疾病的确切诱因。在不知道确切病因的情况下，我们确实也知道许多疾病最好的治疗方法！其他精神疾病，例如人格错乱，也会并发酒精依赖。

下一个讨论的标准是耐受性。特别值得注意的是，如果某人已经开始对酒精产生依赖，最终他需要喝更多的酒来达到相同的效果。一段时间以后，如果生理上已经受到酒精的损害，喝少量的酒也能达到同样的损害程度。一旦发生了后一种情况，为了解毒，住院治疗是必不可少的。我们问鲁迪，同样达到“微醺”，他要喝的酒是不是比以前要多？

“嗯，我承认要比以前多喝五六杯才能产生‘微醺’的感觉，那只证明我酒量不错。我注意到随着我经常和朋友一起出去，我的酒量逐渐上升，但我不觉得那说明了什么问题，只不过我的身体开始适应啤酒了。”

是否失控也需要进行调查。失控是指酒精依赖者一旦开始喝酒，他就很难停下。换言之，他开始只是想喝一两杯，却一直喝到了酒吧关门，完全忘记了其他事情。我们问鲁迪这种情况是否曾发生在他身上。

“不错，我曾经在好几个酒吧喝到关门（这时鲁迪激动得站了起来），像前面我说过的那样，没什么大不了的。医生，难道你自己没有过兴奋到忘了时间，一直喝酒的时候吗？我不常干这事，但如果我喝到酒吧关门才回家，我妻子会不高兴。我告诉你！我很清楚这些。”我们接着问鲁迪，是否他想停止喝酒时可以立刻停下来，如果让他从今天开始滴酒不沾（尤其是啤酒），他能否做到。

“嗯，那有些困难。我喜欢啤酒的味道，就着比萨喝啤酒或在夏天喝，味道简直棒极了。我以前尝试过不含酒精的啤酒，那味道太可怕了！就像喝不含咖啡因的咖啡。完全是两回事。但如果我必须停止喝酒，我随时可以停止，没有任何问题。在第一次酒后驾车违章后，我曾经戒过酒。是不是你和玛丽要求

我这么做？”

事实上鲁迪察看的条件之一就是在察看期间他必须保持清醒（滴酒不沾）。如果他违反这一条，不管是出于什么原因，他将回到法庭并有可能被判刑。这一条件并不奇怪。一些药物滥用专家的通常做法就是要求他们的来访者在治疗期间保持滴酒不沾。

最近，这一条被反复讨论。因为一些专家认为，控制饮酒是一个切实可行的另一种治疗选择。这表示来访者喝的酒达到他事前决定好的数量时，就必须停止饮酒。但为什么这一点充满争议？让我们来看一下原因。

一些治疗师始终认为酒精依赖是一种疾病；其病理比较特殊，所有的民族和性别都难以幸免；而且现在根本无法治愈。对于所有人而言，症状是一样的。酒精依赖的一个关键成分就是复发的可能性，这表示戒酒的酗酒者会在清醒的状态下恢复以前的喝酒行为模式。治疗师预计到会发生这种情况并知道如何处理。因为复发很常见，一些治疗师认为控制饮酒是一种“命运的冒险”，是不明智的。一些酗酒者也会告诉你相同的事情：如果让他们在控制的条件下喝酒，他们就会重新酗酒。这就是为什么酒精依赖会被称为成瘾，同时也意味着失控。我们稍后将检验鲁迪是否可以进行控制饮酒的治疗。

综合上述资料，鲁迪可能是一个酗酒者。但在我们做出诊断之前，让我们先看一看其他的资料。后期阶段的酗酒者深受戒断症状（withdrawal symptoms）之苦。戒断症状是指当酗酒者身体中不再含有酒精时所产生的生理反应。也就是说，他们会大量出汗，出现颤抖、幻视等症状，还有可能急性发作。为什么会这样？因为身体已经从生理上依赖着酒精。它已经习惯整个生理系统中含有酒精；细胞已经习惯了酒精的存在。一旦身体里不再含有酒精，细胞就感觉像失掉了某些熟悉而且必须的东西。为了避免戒断症状，酗酒者不得不持续饮酒。那么鲁迪的情况是什么样的呢？

“我从没有过那种难受的感觉。我也许会在晚上流汗，但这并不发生在喝酒之后。我从未有过发作，也不是癫痫患者。颤抖和幻觉？这些也没有。嗯……等一下……我感冒发高烧时曾有过幻觉。”从他的报告内容中，我们可以初步确定鲁迪没有戒断症状。

下一个需要检查的指标就是否认（denial，即否认自身有酗酒问题）。首先要注意的是否认并不是DSM-IV-TR的诊断标准，但许多酒精依赖者（以及滥用者）都存在否认行为。治疗师提出，一旦病人不再否认其酗酒问题，治疗酒精依赖这一战役中最艰难的部分就取得了胜利。“你看，我觉得自己没有酗酒问题。我是开车出了问题，只是犯了傻。我没从上次的错误中吸取教训。我喝了酒后出了几次车祸，但出事时我没醉！我只是脑子里一片混乱，在那个瞬间没集中注意力。我以前告诉过你们，第二次我是被警察盯上了。只要我不想喝酒，我随时可以停止。所以我只要上几堂驾驶课和让自己变聪明的课。”这些听起来像不像在否认？

最后让我们来看一下鲁迪的记忆空白。像以前提过的那样，记忆空白并不是DSM-IV-TR的诊断依据，但至少那些酒精滥用者都似乎有这种经历（这一点我们后面还会详细谈到）。看看你是怎么想的：

“我有几次进了酒吧以后，就忘了自己把车停在哪里了，但那不是常事。我听过这类故事：醒来时睡在另一个人的旁边，对于身边人是谁或自己是怎么到那儿的毫无印象。当然，有很多这样的‘城市传奇’：某人喝了很多，出现记忆空白，当回过神时已经穿越了别的国家，或是出现更神奇的，被活埋了。但我们谈起这类事情都哈哈大笑：某人会出现记忆空白只能说明他没控制好喝酒的量。”

更重要的是以下的信息：对于大多数人来说，一次记忆空白足以吓得他们惊惶失措，他们会尽力使这类事件不再重演。而大多数酗酒者认为这个现象稀松平常，他们以为对于普通人来说是常事。就像鲁迪说的：“……他们没控制

好喝酒的量。”好了，现在你能对鲁迪做出诊断了吗？

基于上述信息，鲁迪最终被诊断为下列症状：

酒精依赖，伴有生理依赖 303.90

病源理论

解释酒精依赖的病源理论有很多。像在其他几章中那样，我们只在这里简要介绍几个理论。目前被广泛接受的观点之一就是之前提过的，酒精依赖的疾病模型属于一种医学上的情况。这种疾病模型是根据生物学的观点发展而来的。从这个疾病模型的角度来看，唯一成功地治疗依赖症患者的方式就是完全戒酒。这看起来也许太苛刻而且难以实现，但是一些专家认为这样可以去除诱惑，使依赖者再次饮酒的可能性降低。也就是说，你使用某物（比如香烟）的可能性越小，随着时间流逝，你想念它的几率也就越小。强烈的需求依然会出现，那是可以接受的。但这种模式下医生不会为依赖症患者提供诱惑物。治疗师和助人专家看到了该模型中最合理的方面：如果你使用的某样东西对你的生活造成了很大的问题，一旦你停止使用它，你的生活将恢复平静和安详。

戒酒者匿名协会同样应用这一模型，但它不是正规治疗机构。因为协会的参加者都是自愿的（许多成员都只是偶尔参与），而且是匿名，很难对其做出精确的统计研究（Miller & McCardy，1993）。

让我们来看一下戒酒者匿名协会。70年前，两个酗酒者创办了它。其唯一的要求就是希望戒酒。没有费用要求也没有年龄限制，一切都是匿名的。戒酒者匿名协会在世界各地都有活动组织。每次活动都能够卓有成效地帮助酗酒者们每一天都保持清醒。戒酒者匿名协会不是一种治疗，它是一个由其成员管理的自助组织。它并不像许多人认为的那样只针对“烂酒鬼和小混混”。戒酒者匿名协会的确对其成员有精神上的启迪作用，但没有宗教方面的联系。

生物学的方法在许多病源理论中都被提及。让我们来看看其中的一些观点。首先，越来越多的证据表明，酒精依赖具有基因易感性，即基因上的遗传倾向（McGue，1999）。药物滥用咨询师许多年前就有此看法。酗酒者家庭的同卵男性双生子比异卵双生子更有可能“继承”酒精依赖。相比起没有酒精依赖家族史的人，有家族史的人今后发展成酒精滥用或酒精依赖的可能性是他们的4倍（APA，2000）。

此外，身体是如何代谢酒精的也同样表现出有遗传成分的作用。换句话说，人的酒量从某种程度上说是由基因决定的。如果我们看一下亚洲人的情况，许多亚洲人对于酒精过于敏感。如果他们喝了酒，很快脸就会变红，心跳加快，呼吸加速。这可能是为什么亚洲人总体上没有严重的酒精依赖问题。

当然这个观点有些过于简单化了。如果你因为过度吸烟而得了肺气肿，按逻辑来说，你会完全停止吸烟。但是这并不意味着什么问题都没有了。这也是这种疾病的问题之一。

认知行为理论把诱惑看成喝酒的诱因。酒精依赖者一旦喝酒，就强化了最初那种愉悦的感觉，从而导致他继续喝酒。喝酒的其他强化方面包括更受朋友欢迎（当鲁迪喝了一点酒之后他会变得更有趣），通过模仿以及喝酒来缓解焦虑和紧张。换句话说，酗酒者看到他的朋友通过喝酒使焦虑得到缓解，或者他们通过喝酒得到解决了自身的问题（比如喝酒时在酒吧遇到了一个女人或男人）。喝酒同时也可以帮助酒精依赖者减轻紧张情绪。

从认知上说，饮酒会使人产生一种期待。酗酒者在喝酒时，总会期望有好事发生，或者产生愉快的感觉，尽管结局可能非常糟糕。这种期待将使人不停喝酒。这种期待对行为有很强的强化作用。伴随着预期和正性强化，就产生了一个重要问题。酒精依赖者经常看到或听说很多名人、体育明星之类的人物虽然有严重的酗酒问题，但却从来没有因为这类行为而受到惩罚。事实上，奥

兹·奥斯朋[注]（Ozzy Osbourne）因为长期酗酒和服用违禁药物而导致说话经常语无伦次，但是他的名气如此之响以至于布什总统也曾邀请他去白宫做客！奥兹曾经让大家不要模仿他的行为，可是有多少人听得进他的告诫？不幸的是，奥兹的儿子杰克似乎已经开始学父亲的样子了，他目前因为酗酒和物质滥用问题在接受康复治疗。这是否意味着酒精依赖在奥兹家族中遗传了下来？

最后让我们简单看一下心理动力学的观点。精神分析学家认为酒精依赖是焦虑和压抑情绪的结果，也是一种增强自尊和自信心的方法。从效果上说，喝酒可以被看成是一种防御机制的运作，目的是否定和歪曲现实来缓解焦虑。此外，酒精依赖者也可以看成是口唇期固着（oral fixation）。口唇期的特征，例如依赖、抑郁、拒绝长大（也可以称为退行）等都会表现出来，这是因为心理状态依然停留在口唇期。喝酒是回到固着点的行为，以减轻焦虑和满足需要。因此该个体就会具有口唇期人格，表现出婴儿或是蹒跚学步幼儿的特征。你支持哪一种病源理论呢？

治疗计划

对于深受酒精依赖之苦的患者来说，有很多不同的治疗理论和方法可供选择。我们只能涉及其中的几种。许多酒精依赖或药物依赖者不愿意停止使用酒精或药物。这些人很少自愿接受治疗，通常是由于法律上的原因才来我们这里。就像McLellan，Arndt，Metager， Woody，和O'Brien（1993）提出的那样，病情复发是治疗中主要考虑的方面。戒酒者匿名协会和其他一些治疗方案宣传要彻底戒酒，并对这种做法予以奖励。但现实中这一点却不那么适用。人怎么可能完全避开酒？即使在一个封闭或严格限制的国家中，酒还是可以找到

【注】美国20世纪八九十年代的摇滚巨星，其音乐整整影响了三代摇滚和金属乐团以及歌迷。因为那些耸人听闻的传闻，奥斯朋被誉为摇滚乐的撒旦化身或是金属界的教父。奥斯朋曾因父亲去世而不断酗酒。——编者注

的（即使没有出现在眼前，还是可以在网上或是卫星电视上看到）。我们将首先关注于疾病模型的观点，其最开始的治疗目标非常简单：鲁迪必须完全戒酒。如果这个目标没有实现，他可能会被送去住院。在那里，可以对他进行更加密集的治疗，如每天一次的治疗疗程、活动，以及其他那些比起门诊病人更为集中的治疗。对于大部分酒精依赖的住院治疗需要21天左右，如有必要还会延长。

如果需要，鲁迪也可以去住院戒酒，即从生理上将酒精移除他的身体系统，以及处理因此而引起的戒断症状。在这一程序中，鲁迪可能要服用各种维生素、营养物质、抗焦虑药物来防止严重的戒断并发症。戒断并发症通常要持续几天到一星期，根据患者的依赖程度不同而不同。在鲁迪的案例中，此时还不需要进行这一步。

控制饮酒这一方法在某种程度上是存在争议的。这一观点由Sobells（1973）首先提出，其内容很简单：酒精依赖者（和滥用者）可以逐渐减少饮酒的数量直至完全停止。换句话说，失控这一概念并不考虑在内。在许多具有认知基础的治疗方案中可以看到控制饮酒的内容。治疗人员教病人如何辨别可能导致大量饮酒的迹象和前兆，以及教病人在这种情况下如何应对，同时也告知他们忽略这些迹象或过量饮酒的后果。如果病情复发，或是病人有一次失控，这并不表明事态已经超出病人的控制范围，相反，复发被看成一个选择的分岔口：病人或是退回到原来那种酗酒的状况，或是通过这次复发进一步接近康复的目标。

不用说，这种存在了几十年的观点，一直都是充满争议的。一些研究发现，控制饮酒对于年纪比较轻的酒精滥用者或是那些处于酒精依赖初期的人（初期的戒断症状还不太严重）效果最好（Sobell & Sobell，1993）。他们对于控制饮酒的主要争议是：很难在人的余生中做到完全戒酒，而且对于某些人来说也许根本就没有那个必要！这个研究还不是那么具有结论性，使得一些专家支持控制饮酒。对于这一问题，还需要进行更为详细的纵向研究。

防止复发训练（relapse prevention training）是一种相对较新的治疗模型（Daley & Marlatt，1992）。其目标是教病人如何处理复发或失控问题，如何及时察觉前兆或高危情况，进而成功处理那些情况下的压力。这类情况可能包括造成焦虑、压力和紧张的情况（考试，与重要他人的争执）、经济上的问题，以及今天的情况下，对另一次恐怖袭击的害怕，或是曾在发生恐怖袭击的附近地区或是从袭击中生还后的心有余悸。这些被称为负性情绪状态（negative mood states），常会导致无效的或是有害的应对策略。防止复发训练假设，只要病人坚持治疗，努力改变，他就一定能控制自己的行为。

与防止复发训练同时出现的另一个概念是犯戒效应（abstinence violation effects，AVE）。病人被告知偶尔一次失控并不意味着世界末日，也不是软弱的标志。治疗人员教他们如何正确看待失控，他们不必因为一次失控而感到罪恶或羞愧，相反，这只是暂时的现象，好比一次糟糕的成绩或家里的一次吵架。这些技术似乎很有前景，但还需要更多的研究进行支持。

鲁迪已经酒精依赖很多年了，并已经发展出了对酒精的高耐受性，所以他并不是控制饮酒疗法的合适人选。我们是基于他的BAC而知道他的耐受性是如此之高。大多数的人BAC达到0.28时就不能开车了，很少人能在那种情况下保持清醒。而且鲁迪也没从他过去的错误（酒后驾车）中吸取教训，他仍然否认自己的酗酒问题。让他尝试控制饮酒的疗法是不符合原则的，也是不专业的。

对于酒精依赖的药物治疗，可用的选择并不多。使用抗焦虑药物是非常危险的。因为人们将通过这些对中枢神经系统（Central Nervous System，CNS）有影响的药物来治疗酒精依赖。事实上，这些药物产生的效果与酒精相似：许多人会肌肉放松，平静下来。它们都非常容易上瘾。另外如果这些药物与酒精同时作用，药效将得到显著提高。两者结合可能会导致死亡。

因为很多病人得到双重／多重诊断，他们也许不得不使用抗抑郁药物，但那样问题更多。抗抑郁药物（尤其是三环类抗抑郁药和单胺氧化酶抑制剂）并

不使人上瘾，但是它们很容易过量，这意味着如果病人想尝试自杀，他们无需服用大量抗抑郁药物就可以达到这个效果。如果再加上一点酒，两者结合可能会致命。精神科医生要谨慎开出这种药物的处方。不过使用SSRIs有一个好处：很难服用过量（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。这类药包括百忧解（氟西汀）和左洛复（盐酸舍曲林）。这也许是精神科医生更偏爱这类抗抑郁药物的原因。

许多酗酒者可能会有睡眠问题，他们看医生时会提到这一点。不幸的是，即使在今天，仍有很多内科医生不调查酒精和毒品的使用情况，只会给他们开安眠药。因为两者都能抑制中枢神经系统的活动，安眠药（巴比妥类药物）与酒精的结合也许是最致命的组合，将会导致人因为中枢神经系统衰竭而死亡。

有一种药物从某种意义上说在治疗酒精依赖方面是有效的，叫戒酒硫（Antabuse，通常被称为双硫仑，disulfiram）。它并不是治疗酒精依赖的首选治疗，而是治疗过程中的辅助物。它是怎样起作用的呢？

病人要定期使用戒酒硫。如果他们按时吃药，彻底戒酒，保持清醒，就不会有什么事发生。然而，在此期间，只要酒精进入人体系统，将会引起很严重的病情。这里的观点是如果病人一喝酒就会将病得很严重和饮酒联系起来，然后逐渐发展到甚至只是想到酒都会觉得很恶心，从而保持滴酒不沾。这在理论上听起来很棒，但实际效果如何呢？让我们看一看存在的问题。

首先一点而且最明显的一点是病人要有足够强的动机能够定期服药，从而保持滴酒不沾。当然如果酗酒者“有预谋”地失控，那在之前他们就会停止服用戒酒硫。其次，如果酗酒者在服用戒酒硫期间喝酒，虽然不常见，将会导致死亡。酗酒者在同意服用戒酒硫之前应当了解这一点。如果酗酒者具有自杀想法或患有精神疾病，就不能让他们服用戒酒硫。最后，戒酒硫只是治疗辅助物，不能代替正式疗法和戒酒者匿名协会的作用。一些酗酒者服用戒酒硫时，有可能会中断正常的治疗。他们以为有戒酒硫就够了，其实不然。

鲁迪不希望服用戒酒硫，他的情况也不宜用其他的药物疗法。“我喜欢药物治疗的想法，但是不喜欢天天服药。我也不希望自己因为偶尔接触了含一点酒的东西，比如说一个蛋糕或其他什么，而病得很重。我不需要那样。”

一旦确认了鲁迪可以自己控制饮酒，保持清醒，我们开始进一步考虑鲁迪的门诊治疗。鲁迪对自己被要求来我们这里治疗并不觉得开心。“但这总比失去工作和家庭，进监狱要好。我需要弄明白自己究竟是怎么了。我原本以为找到答案了，但也许我没那么聪明。”诊所认为鲁迪将从个别治疗和团体治疗中获益。

否认和酗酒的疾病模型在个别治疗和团体治疗时都会被提出来讨论。当鲁迪被确定需要接受治疗后，他的否认态度变得不那么坚决了。“我想如果那些‘专家’都认为我出了问题，我最好还是检查一下，看看他们是不是说对了。我个人虽然不那么认为，但很乐意检查一下。”

在疾病模型中，病人应该接受治疗负责，但无需对感染疾病负责。因此酒精依赖不是道德问题，不是性格缺陷，也不是个人的弱点。最后这一模型提出根本就没有“治愈”的或完全康复的酒精依赖者；如果一个人能保持不醉酒，他就一直处于康复阶段。通过灌输这一概念，希望病人认识到再次喝酒不再是他们的主要兴趣。

“我有很多过失要弥补，我太太依然瞧不起我，但治疗已经帮助我们进行了沟通。我并不是团体治疗的热心参与者。我喜欢讨论，但我和其他成员之间的相似之处并不多。我更喜欢个别疗法。在团体中和其他人谈起自己的过去时，我心里还是会不舒服。甚至在个别治疗中也会觉得有些不开心！”沟通和责任感是鲁迪治疗中的部分主题。

鲁迪在治疗的一年中努力保持滴酒不沾（只有过一次复发）。“我只在父亲过世之后不久失控过一次。他病了很久——是非霍奇金淋巴瘤（non-

Hodgkin's Lymphoma）——医生从未如实告诉过我情况有多严重。他在医院待了一个夏天后就去世了，当时我的心都被撕碎了。我的家人和诊所的每个人都给我很大支持，但我还是喝过量了。好像我需要麻痹那种痛苦，而酒正好在手边。但我现在明白那不是世界末日，在康复过程中这种现象很常见。我对自己很失望，但不会因此揍自己一顿。”

鲁迪在治疗接近一年后时治疗结束，并已经完全满足了察看期的条件。“在治疗过程中，我学到了很多，开始真正接纳自己、自己存在的问题以及戒酒者匿名协会。我将继续参加戒酒者匿名协会，尽力保持每一天都清醒。我似乎获得了新生。现在我透过一个正常人的眼睛看世界。成为酗酒者的确可怕，但那不意味着死刑，除非你自己让它发展成那样。”当我们最后一次收到鲁迪的来信时，他和他的妻子仍在一起生活，最小的儿子刚刚被第一志愿的大学录取。鲁迪报告说他能保持滴酒不沾，还鼓励我们把他的事例告诉别人，“这样他们就会清楚像啤酒这样简单的东西也有可能毁掉你所珍视的一切。”

预后

鲁迪的预后被评为“良好”。他清楚地认识了自己的酗酒问题并似乎明白怎样做才能不再复发。他的妻子和孩子给了他很大的支持。他愿意了解和接受自己的局限，而且认识到他的病情并不是自己的过错，但同时也明白如果不继续接受治疗，他将会失去什么。在最新的报告中，鲁迪一直没有再喝酒，仍然拥有原来的工作和幸福的婚姻生活。鲁迪知道复发的可能性仍然存在，但“我不会让它控制我的生活，我能解决这个问题。我的家庭对我而言是如此重要，我不会再把事情弄糟”。看来鲁迪在保持酒精依赖不再复发方面有了一个好的开始。

酒精滥用

尚塔尔的案件：“我只是偶尔疯狂饮酒”

问题呈现

尚塔尔是一名20岁的大学二年级学生，她有着一半北美印第安人血统和一半白人血统。她是独生女，所以总是享受着作为父母掌上明珠的宠爱。尚塔尔的父亲是一名电脑工程师，母亲则是个家庭主妇。尚塔尔是在加拿大的一个省，英属哥伦比亚（British Columbia）长大的，她来美国来上大学，“逃离家和逃离过于照顾我的父母，我也想见识一下新的地方。”尚塔尔身高173cm，体重70公斤。“我实在是太胖了。我努力地锻炼，但是脂肪似乎还在身上。刚上大学的15码变成了大二的30码了，不过我确实吃了不少垃圾食品。”在她走进来的时候，尚塔尔穿着宽松和体的上衣和蓬松的短裤。

尚塔尔被转介给我们是因为她的酗酒问题。她的成绩开始下降。一天，一位细心的教授与她进行了长谈。“毫无疑问，是我的心理学教授课后和我谈了话，我刚考砸了第二门课程。我逃了课，所以他想知道我是否发生了什么事。并不是他多管闲事，因为在我逃课之前，也在他开始注意我之前，我的成绩在向A靠近。上个学期他就是我的老师，所以他知道我应该是有潜力的，所以我们谈了很长一段时间。”

尚塔尔的心理学教授把她介绍给我们做一下鉴定，但是她自己也要来，

"因为我不想让什么事儿变得更加严重。我知道我没有发疯，但是在我老得无能为力之前还是最好把它弄明白。"

背景信息

尚塔尔的发展历程并没有什么特别之处，除了在3岁的时候能够流利地用英语阅读，在4岁的时候能用法语流利地阅读之外。尚塔尔是双语者，这对于在加拿大上学的人来说很普遍。"我的父母很注重阅读，所以我很早就开始学习阅读了，我成了一个饥渴的阅读者，但是可笑的是在校的学习成绩并不是很好。我十几岁时让男孩子们发疯，但这没有什么用。我并不是很想上大学，但是在这件事上，我父亲并没有给我选择的余地。我很高兴他督促着我。"

尚塔尔的父母的背景状况比较有意思。"好吧，你们想知道印第安那一部分。我父亲出生在英属哥伦比亚省，并且一辈子都生活在那。他的家人都住在保留地但仍然像在美国一样感受着种族主义。印第安人不被人接受，很少得到进步的机会。父亲的家人艰苦努力地生活，但从不脏兮兮和贫困。父亲高中毕业之后决定参军。征兵的人到他所在的高中对他产生了很大的影响。军队会给他指引方向，提供一份稳定的收入还有安全，所以他接受了参军。他拒绝像他的许多朋友那样在没有出路的工作中终其一生。参军之后，他们看到了他的潜能，于是鼓励他去考大学。他最终取得了通信专业的学位并且以优异成绩毕业。在大学期间，他遇见了我的母亲，他们很快相爱了，然后就是这样。他们已经结婚23年了。"尚塔尔的语速很快，在最初的治疗疗程中和我们进行着良好的目光接触。她得体地微笑着，只是在面对一个困难的问题或者谈及她的家人时低着头。

尚塔尔在高中的学习成绩还不错，平均是B和C，毕业时的平均成绩是B。她说："在加拿大，我们学校的编制是13年级（从小学到高中），所以我是一个大龄的二年级学生。这并不是因为缺课之类的事情造成的"。目前尚塔尔正在考虑把历史作为自己的专业，但还未确定，"我不知道，历史或者计算机科

学，这两个专业都能让我有份很好的职业。在我结婚之后我还会工作，当然最好我能赚得比我丈夫多。”尚塔尔选择的大学是一所小型的文学院，所以专业选择可能导致了更多的问题。

“我想去一所小一点的学校。加拿大的大学一般都很大，我不想成为其中的一员。这所学校吸引的我的地方是它的位置，它离家比较远但是又不太远。因为我父亲在经济上供给我，我也需要找一所便宜的学校，这所学校满足了我的要求。这所学校有着很好的声誉，毕业时我需要找到一份很好的工作，除了这些，我也想要得到很好的教育，生活中没有比这更重要的了。”

最近，尚塔尔非常频繁地参加聚会，结果是变成了一个狂饮者（binge drinker）。对于男性来说，这意味着在过去的两周内，他们会至少一次接连饮用5份或者更多的酒；对于女性来说，这意味着4份或者更多（Wechsler，Lee，Kuo，& Lee，2000）。在美国的大学校园里，这种现象越来越普遍了。Wechsler等人发现在大学校园里，酗酒狂欢的发生频率非常高（28.1%）。你知道哪些学生最有可能以及最不可能狂饮吗？研究发现最有可能的是兄弟会（fraternity）或者姐妹会【注】（sorority）的成员，可能性最小的是已婚的，24岁或者24岁以上的非裔和亚裔美国学生。狂饮是一个严重的问题，有时甚至会导致死亡。

“好吧，我的确喜欢聚会。当我还没有选定专业的时候，为什么要认真呢？我刚刚和男朋友分手（3个月前），那真让我伤心。我的朋友试图让我振奋起来，所以我们最近经常出去。是啊，有时，我确实嗜饮如命，但我只是偶尔才这样。我并不需要酒精，在我饮酒的时候也不会出现幻觉，我没有酒后驾车，违法的事情也并不存在。谁不会偶尔放纵享乐一下呢?我难道有酗酒问题吗？不，绝不是。”尚塔尔在说这个问题时紧绞着双手，她避开了我们的目

【注】美国的每一所大学里，都有一片宿舍区是专门为兄弟会和姐妹会准备的。这是一个传统性很强的学生组织，在美国已经有很长的历史了。“兄弟会”和“姐妹会”各自还分很多个小组织，每个组织都有自己的名字，一般都是用两三个希腊字母表示。——编者注

光，我们也开始注意到，她在玩弄头发。

我们询问了尚塔尔精神疾病家族史的情况，包括酒精和毒品问题。“是的，我父亲在刚入伍的日子接受了心理咨询，因为他喝了太多的酒，经常酩酊大醉。他部队的指挥官注意到了这些，最初没说什么，因为对于新兵来说这很普遍。有一天他没有出勤，之后大家发现他晕死在床上。他的长官以为可能是心肌梗塞或者什么的，但是发现他是喝醉了的时候，他们很不高兴。但是你能想象出来他们并没有对他进行通报批评吗？取而代之的是，他们命令他接受心理咨询。他是如此的害怕，那天之后就滴酒不沾了。‘我知道我的职业生活在走下坡路，幸亏他们帮了我一把。’他告诉我。所以我猜他一定是有酗酒问题。我母亲极少喝酒，她也不能喝酒。她担心如果有酒放在房间里，父亲就会喝了它，那么就会产生更多的问题。她也不想让酒精纠缠她唯一的孩子，那就太糟糕了。如果你没有偶尔地大醉一场，大学是用来干什么的呢？”尚塔尔满怀希望地看着我们，等待着我们对她最后陈述做出回应。

“在我和鲍勃分手之前，我并不是经常出去。分手后我出去得比较频繁。我已经许多天没去做学校里的临时工作了，因为晚上我回去得太晚了。这学期我的成绩下降了一些，但我觉得和聚会没有太大的关系。”

思考题

1. 上面的材料中有哪些部分你能用来表明尚塔尔有酗酒问题呢？
2. 解释尚塔尔的饮酒问题给她的工作生活学习带来麻烦的原因，并用已有的信息来证明你的观点。
3. 尚塔尔的父亲因为饮酒在部队里遇到了麻烦，这对尚塔尔具有影响吗？如果有的话，是什么影响呢？
4. 尚塔尔说她频繁地参加宴会是与男朋友分手的结果。基于所给的材料，讨论这种可能性。

评估与诊断

我们通过非结构诊断访谈对尚塔尔进行了评估。我们在寻找任何酒精滥用或者依赖的迹象，我们希望能够最终排除。排除一个诊断就意味着你最初就感觉到某种特定的诊断并不适用于个体的当前情况。许多临床治疗师都通过对所有其他可能性进行排除而得出诊断。因此，临床治疗师也经常通过排除法来进行诊断。（歇洛克·福尔摩斯【注】就经常这么做）

医生也会这样。他们会开出药物处方，如果没有效果，他们便会排除可能的情况直到为患者找到合适的药物。一旦出现的情况与特定的处方相契合，医生就会做出更准确的诊断。然而，医生的这种工作方式是相当有争议的。

尚塔尔之前提到了她父亲有着酗酒问题的历史，“我父亲实际上在部队里不止一次陷入酗酒的麻烦。除了我提到的那次之外，他还在执勤时喝醉了（只有一次），这件事发生在他第二次被抓之前。抓到他的军警是他的朋友，他告诉父亲他不会把这件事说出去。我父亲很少提起这件事情，因为他可能会被因此赶出部队。一次过失可能被忽略，但两次，绝对不可能。我总是在想，为什么他不在第一次被抓之后就戒酒。”

尚塔尔并不知道家族中与酒精有关问题的其他事情，“我告诉过你们我的母亲、我的其他亲戚是没有问题的。但是关于我的曾祖父，我们所知甚少。在父亲2岁的时候他就离开家了，父亲是他的母亲和奶奶抚养长大的。我猜可能关于他的家庭历史我们还有不知道的事情。我知道印第安人有酗酒问题的可能性较大，但我不会酗酒。如果我真的有酗酒问题，那也是因为家庭背景的缘故。”

在问了很多问题之后，尚塔尔也承认她有一些法律上的问题。“有一天晚上，从聚会回家的路上，我把车撞在了邮筒上。是啊，我当时喝得太多了，我

【注】歇洛克·福尔摩斯（Sherlock Holmes），又译夏洛克·福尔摩斯，是一个虚构的侦探人物，是由19世纪末的英国侦探小说家阿瑟·柯南道尔所塑造的一个非常聪明的侦探形象。——编者注

的车也被我弄坏了。我实在太害怕了，于是就跑了，我一直都没有将这件事告诉别人。那好像是邮筒突然跳到我面前似的。”说到这些的时候她笑了。

我们也问了尚塔尔的饮酒模式和历史。“好吧，我不是为了喝得烂醉才去喝酒的。我的情况是，一般情况下，我不去参加聚会，然后在周末到了的时候，我就会迫不及待地参加聚会了。我喜欢喝得很快，以跟上我的朋友们，在他们面前显示我的酒量。我想你们可能叫我酗酒者，但是我也可以好几个星期不去参加任何聚会。”

尚塔尔否认她对酒精有耐受性及戒断症状，也否认自己饮酒失控，但是“有两次记忆空白确实吓着我了。我不能确定当时发生着什么。两次我都是和女性朋友在一起，她们说我看起来完全正常，当时兴高采烈地说着话，但是后来我不记得我当时说了什么了。那次真吓死我了，接着一个月之后，又发生了同样的情况。我的朋友告诉我，当她们大量饮酒的时候，她们也会出现记忆空白。这真让我害怕。”

这样的话，我们必须弄清楚在她身上发生了什么事情。根据她的资料，我们相信她正遭受着酒精滥用的伤害。在我们进一步调查为什么会这样之前，问问你自己“你认为她应该被确诊为酒精滥用吗？”

在DSM-IV-TR里，物质／酒精滥用可以被看做那些并不符合物质／酒精依赖个体的一个分类，特别是对于那些没有耐受性或者戒断症状的个体来说。简单的说，酒精在个人的生活里会导致一些问题，如学校、工作或者家庭生活中。实际上，生理的依赖并不存在。让我们看看这类的诊断标准是否适用于尚塔尔。需要注意的是，一个人只需要满足其中的一项标准就会被诊断为物质滥用（此例中为酒精滥用）（APA，2000）。

首先，尚塔尔是否不考虑社会或者人际关系的问题，如争吵或者失去朋友之类，而继续饮酒？“我的朋友总是在聚会那等着我，我的饮酒行为不会改变些

什么。像普通人一样，我们也会有争吵，但是这与酒精几乎没有什么关系。”

其次，尚塔尔是否在学校、工作和家庭中尽到了她的义务了呢？因为她深夜的聚会，她的成绩下滑了，工作的值班也没有去。这些情况“对我来说，以前很少出现。我的工作总是做得不错，学业上我也没有问题。”所以看起来，她符合这条标准。

如果在生理危险的情况下，尚塔尔也会饮酒吗？根据她的情况她确实这样做了。她出现了记忆空白，这不是正常的现象，它可能是酗酒和酒精依赖的标志，但是我们并不确定。即使是在开车撞到邮筒上把车弄坏了的情况下，她还是会去“参加聚会”。这样看来她也符合这条标准。

最后，如果尚塔尔的饮酒导致不断地违反法规进行酒后驾车，她还会继续饮酒吗？根据她的报告，她并没有违反法规，但是可能因为撞在邮筒上而受到拘留，她也可能因为逃离肇事现场而有负罪感。在这次事故之后，“我继续参加聚会，我说过，我是犯了错误。在我撞在邮筒上的时候，我没有太专心。在驾驶上我并没有什么问题，而且我对车子控制的还不错。”看来她不符合这条标准。

既然我们已经排除了酒精依赖的可能，既然酒精已经给尚塔尔的生活带来了麻烦，我们做出如下的诊断：

酒精滥用 305.00

病源理论

在鲁迪的案例中，我们讨论了一些关于酒精依赖的病源学理论。关于酒精滥用或者物质滥用，真得没有什么可以说的了。一个重要的方面是种族的不同可能和滥用和依赖的产生存在一定的联系。尚塔尔也提到了这个问题，下面我们将对此进行一下探讨。

“我也知道某些种族群体中有着较高的酒精依赖程度，不幸的是印第安人就是其中之一。我总是听到这样的看法，在一定程度上，确实是这样的。但是我看了一些书，这个问题似乎更加普遍，我也受到了影响。”

根据一些研究，在美国，印第安人和爱尔兰裔美国人有着最高的酒精依赖比率（Moncher，Holder，Trimble，1990）。印第安人遭受了巨大的苦难，有着很高的精神疾病发病率，其中包括酒精依赖。贫穷和文化遗产的毁坏加重了这个问题。美国的印第安人失业率很高，生活依然贫困，几乎没有接受教育的机会。以上的所有因素都会导致很多人患有酒精依赖。

在爱尔兰裔美国人中，饮酒是被广泛接受的。他们中有许多人都是移民。正如饮酒一样，酒吧生活是爱尔兰文化的一部分。许多爱尔兰人并不是很有钱，也没有大房子可住。酒吧被看做是一个放松的、获取信息的、进行社交的地方，所有这些都与酒有关。如果一个人不喝酒的话，他就会被“赶出去”，也许正是因为将酒作为一种社交工具的文化接纳方式，以及对大量饮酒行为的认可，可能导致了高比率的酒精依赖。

研究也发现犹太裔美国人酒精依赖的比率似乎比较低。一种广为接受的解释是犹太人只在宗教仪式上使用酒，并且认定过量或者未成年饮酒是有罪的。

非裔美国人不大可能患有酒精滥用或酒精依赖，但是他们更可能发展出与酒精滥用或依赖有关的生理问题。这可能有很多原因，一个被普遍接受的原因是：非裔美国人承受着高失业率和贫困的痛苦，他们没有获得好的医疗保健的机会。不被治疗的问题通常会变得更加糟糕。当然这并不意味着所有的酒精依赖者都是爱尔兰人，或者你绝不会看到一个有酗酒问题的犹太人。尚塔尔告诉我们这一点对她来说有多么重要，“我如果有了孩子的话，我就得小心了。他们更容易形成酗酒问题。我改变不了我的遗传而且我为什么要改呢？这方面我只要小心就行了。”

治疗计划

和酒精依赖同样的治疗方案也适用于那些被诊断为酒精滥用的人。在尚塔尔的例子中，我们决定先采用个别治疗，然后看看“新手团体”（beginner group）是否适合。在新手团体中，尚塔尔会被和那些从来没有参加过治疗的患者安排在一起。所有团体的成员都被诊断为酒精滥用。一些临床治疗师喜欢把酗酒者（alcoholics）和酒精滥用者混在同一团体里，我们也是这样做的，但是我们也有专门的滥用者团体。在这里，团体不仅是一个治疗团体，同时也是一个教育团体。

大部分教育团体的工作重心都是酗酒的疾病模型。在这一团体中，尚塔尔知道了酒精依赖是一种长期形成的疾病；因此，酒精滥用也能够导致酒精依赖。“我从来不知道是这样的。我想这和吸烟导致肺癌是差不多的。”事实不完全是这样，但是这很重要，因为一旦被确诊为酒精滥用，如果还是无节制地继续饮酒的话，那么演变成酒精依赖的可能性就会大大增加。

我们认为控制饮酒治疗方案和防止复发方案比较适合尚塔尔。正如前文所述，控制饮酒方案可能对尚塔尔很有效果，因为至少她出现了酒精滥用的现象，并且她在早期就开始寻求帮助。Marlatt，Larimer，Baer和Quigley（1993）发现女性更有可能在控制饮酒方案中取得成功。因为许多原因，许多诊所并不赞同控制饮酒方案。简言之，诊所主管者和大学更信任疾病模型，都认为控制饮酒方案（即使是作为完全戒酒的替代选择方案）并不被研究所支持，而且可能导致病情复发和诉讼问题。尚塔尔被告知她可以去寻找使用控制饮酒方案的治疗机构，但是她选择和我们在一起。

“首先，我的学校会支付所有的治疗费用。如果我想离开，我只要不来就可以了。除了这些，根据我所知道的自身情况，我觉得做到完全不饮酒对于现在的我来说是最好的行为。我可以攒点钱，并且也许我会减些体重，因为酒精

里有那么多没用的能量。”

因为尚塔尔开始对自己的饮酒行为有所觉悟，她在个别治疗中表现不错。12周之后，我们决定把她安排在新手团体里，因为她正取得不错的进步，同时也会对其他的年轻组员起到良好的影响。“通过这种自我否定我开始审视自己，我从未意识到我是如此糟蹋着我的未来。我现在明白我是如何习得父亲的一些行为的了。当我们年岁还小的时候，我们都没从错误中学到什么，但是由于运气不错，我们并没有遭受什么惩罚。实际上正是好运气导致了问题的持续。”在成瘾医学领域，这叫做“纵容”（enabling，例如让饮酒者能够继续饮酒）。如果你认为通过忽略这些行为，你是在帮助他们的时候，实际上你是在纵容他们继续饮酒。

在团体中，尚塔尔做得很好，在24周之后，她终止了治疗。她决定努力保持滴酒不沾，但是感到“会很难，因为会有同伴压力之类的原因。至少我不会再喝那么多了，也不会酒后驾车了。记忆空白吓死我了，但是我还不能确定我是否应该滴酒不沾。”在治疗期间，她努力戒酒，并且“告诉朋友们是医生的命令不让我喝酒……是为了健康。”并不是所有的临床治疗师都相信这种治疗要求，但是这看起来是有效的，并且帮助患者去除了诱惑。

尚塔尔也参加了酗酒者匿名协会以对自己的问题获得更深刻的理解。“那是一次旅行。我以为那里会挤满了醉醺醺的老年人和像烟囱一样的吸烟水手……你知道，那些酒鬼。但是在那里不分年龄、不同类型的人都有。我喜欢那里，但是对我来说似乎是太神圣了。”

酗酒者匿名协会有两种聚会形式：开放的和封闭的。开放的聚会欢迎任何想参加的人。有时是定期的聚会，有时也会有演讲者。任何希望了解酗酒者匿名协会的人或者认为自己可能有酗酒问题的人都会受到欢迎。封闭的聚会只对那些酗酒者以及那些有酗酒问题的人开放。与开放的聚会相比，封闭的聚会举办得更加频繁。

尚塔尔去参加了开放式的聚会，顺道拜访了一个封闭式的聚会，然后“跑了出来。我感到害怕，我觉得自己不属于那个团体，但是我尝试了。”大家鼓励她继续参加酗酒者匿名协会的聚会并坚持戒酒。她取得不错的进步，对自身情况不再否认，同时对于她的潜在问题也有了一定的看法。

我们从来没有考虑过让尚塔尔服用戒酒硫。一般来说酒精滥用只是“很轻”的情况下是不需要服药的。尚塔尔报告说在戒酒方面没有问题，在任何疗程中通过酒精测试仪的测试都没有酒精含量超标的记录。尚塔尔看起来并没有其他精神病学和药物学方面让人担忧的症状，所以也没给她开药。

预后

尚塔尔的预后被评为“良好”。在治疗期间尚塔尔都保持了戒酒，在我们的引导下，她认真而饶有兴趣地了解其饮酒行为是如何影响她的生活的。尚塔尔说她开始接受治疗和进行戒酒之后，她的成绩回到了她所期待的水平。“我想二者之间一定有联系，但是我会努力保持学习、工作和聚会之间的平衡的。如果再出现问题，我会打电话……很可能不去参加聚会了。”她决定把专业换成社会工作。“我喜欢治疗，信不信由你。我更好地了解了我自己，也许某天我可以在孩子那一团糟的生活中做出重要的改变，我喜欢这个想法。”在最后的报告中，尚塔尔即将面临毕业。“如果我可以做得很好的话，也许会是优秀毕业生。”她有了新男友，依然会出去玩，没有说她是否在戒酒。“但是我现在没有什么麻烦，这是最重要的了。”

复习和思考题

鲁迪

1. 你对鲁迪的预后是什么样的？毕竟，在治疗期间他有过复发，并且真得很喜欢喝啤酒，你还会期望他会戒酒吗？
2. 你会给鲁迪补充一些DSM-IV-TR的其他诊断吗？给出理由来支持你的回答。
3. 毕竟鲁迪是一个有学问的、不错的顾家男人和一个努力的员工。可他却是一个酒精依赖者，对此你表示惊讶吗？为什么？
4. 根据所给的信息，你对于临床医生给鲁迪服用戒酒硫的决定有何看法，特别是在考虑到药物可能带来的副作用的前提下。
5. 根据你的知识，你是否认为酒精依赖是不可治愈的。通过本书及课堂中所学知识来支持你的回答。
6. 有些人可能认为鲁迪性格上有缺陷，因为他有酗酒问题。从他的案例中引用相关信息来支持或反驳这一观点。
7. 你对酒精依赖的疾病模型有何看法。

尚塔尔

1. 你认为尚塔尔是否具有酗酒问题？给出相关证据支持你的观点。
2. 为什么数据表明某些种族和宗教群体具有更多（或更少）的酗酒问题？
3. 讨论你对酗酒者匿名协会的看法。讨论你是否参加其举办的开放聚会。
4. 引用相关数据，并给出理由来说明为什么酗酒者匿名协会能够如此成功。
5. 尚塔尔是一个狂饮者。她说今天校园里每个人都这样。说出你对狂饮问题的看法。
6. 鲁迪和尚塔尔都有记忆空白的体验。是什么原因导致这一问题？这会是什么问题的迹象？
7. 你对尚塔尔的预后是什么？

第六章
进食障碍

患有进食障碍（eating disorders）的个体数量在美国和其他发达国家呈上升趋势（Wicks-Nelson & Israel，2000；Steiner & Lock；1998）。最近一项研究发现，100名16～18岁少女中就有一个患有进食障碍（Goldstein，1999）。“瘦身热潮”影响了好莱坞的男女演员、运动员（尤其是体操运动员和拉拉队队长）、模特以及皇室成员（已故戴安娜王妃）。在《黑道家族》（*The Sopranos*）中饰演Meadow一角的杰米—琳·西格乐（Jamie-Lynn Sigler），以及特蕾茜·格尔德[注1]（Tracey Gold）曾和神经性厌食（anorexia nervosa）做斗争。而卡莉斯塔·弗洛克哈特[注2]（Calista Flockhart）据传言也已经受到厌食症困扰多年。似乎差不多每个月，《人物杂志》都有一篇文章详细描述神经性贪食（bulimia nervosa）和神经性厌食的恐怖情况，以及它们如何影响普通人。好莱坞的“瘦身热潮”最近受到了极大的流行追捧。这些主要影响女性的进食障碍是由什么引起的？让我们来看两个案例，看看这些受疾病折磨的人的行为和思维模式是多么的复杂。

【注1】特蕾茜·格尔德扮演美国情景喜剧《成长的烦恼》中勤奋好学的长女卡罗尔，19岁时（1989年）曾患上厌食症。——编者注

【注2】卡莉斯塔·弗洛克哈特在美国电视剧《甜心俏佳人》（*Ally McBeal*）中饰演主角爱莉。——编者注

神经性贪食

莫丽的案例：我想像戴安娜王妃一样

问题呈现

莫丽是一名23岁白人女性，在一所州立大学就读社会工作专业，目前是大学二年级学生。莫丽身高180cm，体重61公斤。她渴望成为一名治疗师，并获得社会工作专业的硕士学位。莫丽第一次来的时候是个炎热潮湿的夏天，她穿着紧身的牛仔裤、长袖毛线衫，一头黑发束在印有学校标志的棒球帽后面。她的眼睛深深地凹陷下去，而且周围有明显的黑眼圈。她的目光接触还不错，情感平淡（flat affect）。我们第一次会面时她从没有微笑过，事实上，她没有表现出任何情感（这就是为什么说她情感平淡）。莫丽经常用耳语般的声音说话，所以我们不得不提醒她大声些。她还频繁地打呵欠，不停地看表。

是莫丽的姑妈把她介绍给我们的，她已经知道莫丽的“问题”有段时间了。莫丽从11岁起就有精神疾病史。“我姑妈担心我的生活会再次失去控制。她看到我偷偷吃东西、不上学。我需要离开学校一段时间，但不能回家，所以我去和她住。我想她看到了我的狂吃（她耸耸肩），所以我来了这里。我不想来这，但我的姑妈叫我来——她在外面——否则她会把我赶出她的房子。我能怎么样呢？我需要个住的地方，我不想上学，而且我没有力气。”

背景信息

莫丽在一个乡下的小镇长大，在那儿每个人都很了解彼此的事情。她的童年很平凡，成长过程也没有什么特别的地方，在适当的时间学会走路和说话，学校成绩一般（很少的B，许多C，和一些D和F）。莫丽在学校没有什么行为问题，并且“和大多数小朋友都相处得很好。我有一些朋友，但不是很多。”她报告说，因为父母的“问题”，尤其是父亲的问题，把朋友带回家玩经常让她感到很尴尬。说到这里莫丽的脸绷紧了，声音也提高了，显然很生气。她的眼睛眯了起来，眼睛盯着窗外继续说道：

“从我记事起我的爸爸就有酗酒问题。他是个酒鬼。我妈妈也有严重的酗酒问题；但我不认为她是个酒鬼。她从不与他一起犯酒瘾。我的爸爸很胖。他的饮食习惯是所能想到的最坏的，他从不正常吃饭，总是吃垃圾食品和油炸食品。我总担心他会突然发病或中风。他像疯了一样吸烟！我不知道该怎么办。”

莫丽是家中三个孩子中最大的一个，她有一个19岁的妹妹和一个9岁的弟弟。她父亲在电力公司工作，母亲是小学老师。父母已经结婚26年了，都是白人，爱尔兰裔天主教徒。她家人都是虔诚的教徒，定期去教堂做礼拜。莫丽以前也是这样，但三年前停止了。

莫丽11岁时第一次来月经，并且在任何时候都从没有超重超过11公斤。但是，当她到青春期时，“我的食欲和体重都明显增加了。体重迅速地增加了11公斤，我差点吓晕了。学校的同学像看河马一样地看着我。我恨他们，我恨我自己。我必须要减肥。我讨厌肥胖。”

12岁时莫丽经历了第一件改变她一生的大事。莫丽从学校带着一张很差的成绩单回到家，而且她必须把成绩单给她父亲看。她爸爸回来后暴怒，把莫丽关在房间里不给她吃饭。他从没有打过或虐待过莫丽，这次也不例外。“当他

生气时他就喝酒，一直喝到晕过去。许多次我妈妈也陪他一起喝。当我需要父母时，他们却总是醉得不省人事。”这也是常事。莫丽本来就为她的成绩伤心，父亲的反应让她更伤心了。她吞下了一瓶复合维生素片，试着自杀，但最后她很快被送到了急诊室，这次尝试没有成功。

“我真的不是想自杀，我只是想惩罚自己和父母，因为他们那么长时间以来对待我就像……总是说我弟弟或我妹妹有多漂亮，从来都与我无关。当我需要他们时，他们却醉倒了。”

莫丽在精神病院待了2个月，参加了一些咨询，似乎对她有所帮助。她意识到她想活下去，而且“试图自杀是一件很愚蠢的事”。她恢复了能量，重拾了一度丢弃的自尊；但有些东西没有改变，其他一些方面甚至更差了。

莫丽一回到初中，就从同学那儿发现了另一种有助于控制情绪和痛苦感受的方法。她认为，如果能“通过暴食和清除来控制我的体重，我就可以控制我的生活，并且想吃什么就吃什么而不会增加体重！演员和超级名模一直都这么做。我学校里所有的朋友也都这样做。为什么不呢？”

莫丽发现用这种方法“控制”体重是多么简单。但她没有意识到这种行为多么容易上瘾。她需要秘密地清除（呕吐），而且也不可能在公众场合和同学一起，或在家里，进行暴食。莫丽听说过神经性贪食，但她并没有想太多。“我吃东西，我没有饿着自己，而且我也没有用轻泻剂来排出我吃的东西。当时我不觉得这是贪食症。”

莫丽开始产生了其他的问题。她变得很消沉，开始有严重的睡眠问题。她经常神经紧张，总是与父母吵架。她在学校的成绩也开始下滑。但她一直很受欢迎，总是被夸奖苗条和美丽。许多男孩都对她有兴趣，13岁时她就有了第一次性体验。她开始“到处跟人睡觉”，并且告诉我们她喜欢这样，这使她感觉更漂亮和苗条。

莫丽最终以平均成绩C从中学毕业了，她决定进入州立大学。她的家人和朋友一直没有发现她的暴食行为（她这样认为），她的滥交行为也继续着。在大学期间，她有了另一个有害的行为习惯：她开始在周末喝很多酒，而且经常喝醉。这产生了一些问题，因为当她喝醉时会出现记忆空白。这使她陷入了危险的境地；比如，有许多次当她早晨醒来时，不知道自己怎么会躺在这张床上，也不知道她旁边的男孩是谁。最初她并没有在意这件事，但当这种情况经常发生时，她决定寻求帮助。

学校的咨询中心最关心的是她的暴食行为，治疗也集中在暴食这一块。可是咨询没有什么作用，因为她的暴食行为还在继续，这时她的治疗师要求她住院进行精神治疗。莫丽不想回到医院，对这个劝告感到十分心烦意乱，以至她离开了学校，和一个男朋友一起住在城里。

莫丽找到了份服务生的工作，她说开始她十分快乐，特别是因为远离了她的父母。但是她和男朋友一起住时，暴食和酗酒都继续着；最终他成功地说服她去寻求帮助。她去见了一位咨询师，再一次被建议去接受住院治疗。原因很简单。在咨询期间她的行为没有改进，而且她的行为表现出的自我毁灭本质使她需要强制的住院治疗。莫丽同意了，而且在住院期间，她决定一旦结束治疗就终止她的交往圈，回家与家人在一起。然后她被转介给另一个咨询师，但是的确不能与她"沟通"，于是她结束了治疗。

这时莫丽返回了学校，很快"重拾"了暴食和酗酒的行为。她滥交的生活也回来了。她的成绩也大幅下降，她意识到自己需要继续接受治疗。这个决定是在五月做出的，正是这时她被带到了我这里进行治疗。

思考题

1. 莫丽是否还太年轻而没有神经性贪食的典型症状（暴食和清除）？引用相关信息和证据来支持你的观点。

2. 莫丽的情况有没有达到送到精神病院住院的程度？
3. 当你尝试诊断莫丽时，精神疾病的家族史有多重要？
4. 莫丽报告说自己从没有超重多于11公斤，但她又说自己看上去像个河马、需要减肥。她认为自己这么超重的原因可能是什么？

评估与诊断

许多心理健康专家都对莫丽进行了评估：治疗师、社会工作者、精神科医生、内科医生，还有一位护士。我们通过标准的非结构诊断访谈、进食障碍量表（EDI-2）和贝克抑郁量表（BDI-II）对莫丽进行了评估。

我们询问莫丽从饮酒到醉酒状态的早期经历。她回答说那的确发生过。但是，她也提到之后会很快呕吐，一旦呕吐以后，“感觉很好，像一种释放”。然后我们问她这些感觉是否和当她在清除时的呕吐类似；她说“是的，事实上我迷上了这种释放压力的方式。”

她的BDI-II成绩是35，这表明她有重度抑郁。BDI-II是一种纸笔测验，可以由病人单独填写，也可以通过医生询问病人代为填写。

莫丽的EDI-2结果也很有趣。她迷上了苗条的身材，对自己的身体不满意。她在EDI-2中声明她的理想体重是50公斤，这对一个180cm的女人来说过轻了。她对减到理想体重过于关注。她觉得一旦达到这个目标，她的问题就解决了。对于莫丽来说，关键的是不仅要减到这个体重，而且要保持它。她在EDI-2中一些分量表的分数很高，这可能表明她患有神经性贪食。

莫丽的瘦身驱力（Drive for Thinness，DT）分量表分数为15；大多数神经性贪食患者的分数都是这个水平。她的贪食（Bulimia，B）分量表分数为16，表明她有暴食的问题。她的身体不满意度（Body Dissatisfaction，BD）分量表分数为11，中等偏高。严重节食者的分数一般位于这个范围之内。她的无能感

（Ineffectiveness，I）分量表分数为4，表明她有中度到重度程度的不安全感、无价值感、空虚感、普遍的不足，以及缺乏对生活事情的控制。

这些感觉对患有进食障碍的人都很典型。

接下来，在最初会面时莫丽完全符合DSM-IV-TR中对于重性抑郁的所有诊断标准。当时她衣冠不整，眼睛周围有明显的黑眼圈，而且显得毫无感情（情感平淡）。她每天睡16个小时左右，每天都毫无来由地哭泣，吃的根本不多，很虚弱没什么力气。而且她感觉生活毫无希望，因为她根本不能控制自己的暴食（"它控制了我，我不想这样"），而且她的力比多明显减少（比如她的性驱力和做爱的欲望）。"我不记得上一次自己想做爱是什么时候，更别说亲吻。"此外，她对我的开放性问题的回答只有一到五个词的变化。

莫丽掉了几滴眼泪，但继续说下去时停止了哭泣。"我知道除了贪食之外我还有其他的问题，但我不确定那是什么。从床上起来都变得很困难，今天能来到这里对我来说是非常困难的，尽管我很期待一切都能好起来。同样郁闷的是，过去几周我的暴食–清除变得更糟了。我现在……嗯……大概每天进行四五次。我知道这太多了。我真希望我们在这些个别治疗中能找出我到底有什么问题。我是不是疯了？"

莫丽不是"疯了"，而是患上了抑郁和贪食。我们如何知道她是贪食者？她每天暴食–清除四五次，持续了至少4个月。莫丽的暴食包括给自己塞满高热量、高糖类的食物和垃圾食品，比如薯条、芝士泡芙（cheese puffs）、冰淇淋、油炸圈饼。她说平均来看，每次暴食通常包括3 000 ~ 5 000卡路里。她感到无法控制自己去吃东西，就像成瘾一样。一旦开始暴食她就觉得无法停下来。

然后她就会清除，或摆脱她刚刚吃下的食物。她总是靠呕吐来清除，这也是最普遍的做法。莫丽已经到了靠暗示就可以呕吐的地步。如果她没能顺利呕吐，就会用牙刷刺激嗓子来引起呕吐。这样做的目的是为了防止体重增加，因

为她觉得自己"非常非常胖"。

我们认为，莫丽的抑郁很严重，她的贪食症已经失控。因为莫丽月经正常、体重正常（61公斤，相对她的身高来说）、而且吃东西，所以我们排除了厌食症。许多时候厌食和贪食看起来很相似，但二者之间其实有很多巨大的差异，我们很快将会看到这一点。

基于这些症状，诊所成员在案例会诊中决定，莫丽在初期不适合门诊治疗。她呈现出临床上的抑郁症状，我们担心事情会更恶化，以至于她可能会再次尝试自杀。过去的三周她的贪食明显加重了。她的呕吐增加了，而体重也在减轻。莫丽还告诉我们她的呕吐物"现在呈现一种奇怪的颜色，有点红棕色。以前真的没有这样过。"因为我不是一个内科医生，也因为这可能意味着她在吐血，我开始很担心她的安全，她可能已经对自己造成了很大伤害。所以，基于我的临床诊断，我推荐她进行住院治疗。她同意先和母亲商量一下，并允许我与她住院时的精神病医生取得联系。我和那位精神科医生回顾了莫丽的病例，他也同意此时住院治疗应该对莫丽最有利。

莫丽的妈妈来了，同意她应该接受住院治疗，"因为我真的很担心她。她很少下床，气色很不好，而且持续呕吐。我担心她很快又会做傻事。前一两个星期我会尽量从工作中多抽出些时间去医院陪她的。"

听完专家和她妈妈的意见后，莫丽最终同意住院，虽然很勉强。她妈妈开车送她去医院，一旦她在病房安顿下来就给我们打电话。莫丽还和我们签订了行为契约——她一旦出院，就会给我们打电话然后我们开始门诊治疗。

当某人的精神疾病逐渐恶化，如果此时治疗师感到药物和每周一次（或更多）的治疗不足以帮助病人好转，那么住院治疗将是可行的选择。它可能会被看做是一种惩罚，或避免和"令人不快的病人"待在一起的方法，但其实不然。住院治疗的目的是使病人尽可能的自我满足，从而能在门诊治疗期间保持

稳定的状态。由于莫丽显示出对其自身的一种危险（基于她具有自杀未遂的既往史），并基于她可能正在吐血，而且由于她的抑郁症状看起来正在恶化，我们才推荐住院治疗。

莫丽在医院里待了28天。她被医院的整个治疗小组进行看护，接受了维生素和营养治疗、营养咨询、个别和团体治疗，并加入了自助团体。出院时我们收到了医院对她的如下诊断：

重性抑郁障碍，单次发作， 剧烈但是没有精神病方面的特征	296.23
神经性贪食，清除型	307.51
酒精滥用	305.00

病源理论

神经性贪食有许多可能的原因。和其他许多精神疾病一样，原因常常是多重的。神经性贪食的一个关键发病因素（和神经性厌食一样）是美国社会对女性体重和外表的重视。"瘦在哪儿都是流行，胖正相反"已经成了标准。在美国，女人受到来自媒体、同伴、教练等等巨大的压力要不切实际地让自己变得苗条。读《时尚》，看吉塞尔·邦辰（Giselle Bundchen）、纳奥米·坎贝尔（Naomi Campbell）、辛迪·克劳馥（Cindy Crawford）这些超级名模，把她们的体形视为理想，渴望和她们一样。辛迪·克劳馥在有了两个孩子之后看起来一点都没变。同样，那些已经有了孩子的女演员在体形上也根本看不出来。

研究支持上述社会文化的病源理论。Stice（1994）发现进食障碍在非西方国家中并不普遍，比如在亚洲和非洲。事实上，Stice发现在日本进食障碍也很少见，而日本可以说是世界上技术最先进的国家，也是美国电视和电影十分流行的地方。

一些文化不推崇瘦体型，甚至喜欢“大号”女人。“矮胖”的女人常因为她们的脂肪储备而被认为有钱能吃得好、生育能力强。在一些国家，“瘦”暗示着没有足够的钱买食物或者不得不分许多所有物给别人。

美国白人女性青少年的进食障碍发病率最高。在一个研究中，随机选择的被试只包含了白人女性志愿者（Getzfeld，1992）。这个研究是面对所有人的，但研究者无法吸引任何其他种族的人。这不是说非裔美国人和其他种族的人仍不受影响。研究还发现进食障碍将来在发展中国家中可能有增长的趋势，尤其是当它们接受美国媒体和妇女理想体形的影响之后。凯特·迪伦（Kate Dillon），一个大号身材的模特，说过她会饿着自己而保证不被模特行业淘汰。结果是：她常常晕倒，因为她几天都不吃东西，而且一旦吃了，她也会吐出来。

现在让我们分析一下社会心理的病源理论。患有神经性贪食的女性她们的一个共同特征是大多数人都有过极端的或非常严格的节食历史（Patton，Selzer，Coffey，Carlin，& Wolfe，1999；Hunicutt & Newman，1983）。此外，她们倾向于频繁锻炼，对她们吃下的东西有极其严格的限制。在一些情况下，这些妇女在公共场合下不会吃太多；如果有暴食和清除的可能，那也几乎都发生在私下里。

女运动员，特别是那些从事体重增加就会造成结束运动生涯项目的人，更容易患上进食障碍，如神经性贪食。芭蕾舞演员特别危险，因为对她们来说，即使增加2公斤也会导致职业生涯的终结（Abraham，1996；Garner，Garfinkel，Rockert，& Olmsted，1987）。有趣的是，芭蕾舞要求精确的控制技巧，而进食障碍却经常出现控制问题。

很多贪食者和厌食者所具有的一个重要的共同特征就是对自己身体的不满意，而对身体的不满意就有可能导致贪食症和厌食症（Fairburn，Welch，Doll，Davies，& O’Connor，1997；Getzfeld，1992）。女人可能尝试用极端手段来保持理想体形。最值得注意的是患进食障碍的女性不能真实地看待自己

的身体。如果你让她们照镜子（这不是件容易事），并描述自己的身体，她们大多数都会说自己胖（Getzfeld，1992）。一个关键的差别是贪食症女性比厌食症女性对自己的感觉更正确，而且更可能透露她们不正常的饮食行为（在一些情况下她们需要被劝服以透露这种信息）。许多贪食症女性事实上在她们开始患病之前都有点超重，就像莫丽一样。

认知因素也被简要地考虑过。贪食症女性倾向于完美主义，从来不放弃她们的“食谱”；如果她们没有坚持自己的食谱并长了哪怕一磅（0.45公斤），她们就把自己看作彻底的失败者并对自己的饮食尝试更严格的控制。她们会夸大和扭曲自己体重增加的后果。她们为体重增加而困扰，能够清楚地告诉你她们一顿饭里吃进了多少卡路里。患有进食障碍的女性比如莫丽，通常自尊很低、缺乏自信。和我一起工作的一个精神科医生解释，贪食的女性想法缺乏逻辑，莫名其妙。她们多数来自高成就、中产及更高的阶层。

行为主义者对进食障碍有一套很合乎逻辑的解释：对体重增加的极度恐惧强化了清除，如果清除的行为减轻了体重，那么清除行为持续的可能就会增加。清除也导致解脱、减轻了焦虑，像莫丽即将证明的那样。焦虑减轻和“麻木”（numbing out），正如莫丽将告诉我们的，将会强化清除的行为。

一些研究发现，进食障碍可能具有遗传因素，特别是在女性中（Strober，Freeman，Lampert，Diamond，& Kaye，2000）。有些研究者相信，女性之所以会患上进食障碍是为了惩罚其家庭严厉、过高的要求和过于冷漠生疏。能肯定的一点是患有贪食和厌食的女性一般与家庭和父母之间存在问题，她们的家庭有严重的内部冲突（Getzfeld，1992，Fairburn et al.，1997）。大号身材模特爱米（Emme）说过，她父亲曾在她的腰上用黑色记号笔画了一条线，而且每次线扩张时都会辱骂她。

接下来我们将探讨一些和神经性贪食病源学有关的人格和心理方面的因素。贪食症女性的一个关键判断标准是她们除了神经性贪食之外，还有其他心

理障碍的症状（Fairburn et al., 1997）。一般这些症状包括酒精依赖、心境障碍和焦虑障碍。贪食可以看作是对这些障碍的自我治疗，也可以被看作是应对童年时受到的身体虐待和性虐待的一种方式。但这种观点还没有被普遍接受。

最后，研究者确定了神经性贪食的生物学病源了吗？低水平的5-羟色胺活性被认为与神经性贪食有关，尤其是狂吃糖类食物。低5-羟色胺水平也被认为和包括暴食—清除在内的冲动行为有关。一些研究者已经确定了神经性贪食和抑郁、心境障碍之间的联系，但他们还不能确定哪个先发生（Getzfled, 1992）。一些增加脑中5-羟色胺活性的抗抑郁药物，在许多情况下能减轻或去除贪食症状，这个事实可以证明这种联系（Getzfled, 1992）。你接受哪种病源理论呢？

治疗计划

治疗神经性贪食的标准实践方案建议使用个别治疗和家庭治疗（参见Elisler, Dare, Russell, Szmukler, le Grange, &Dodge, 1997）。根据莫丽出院时的医院总结记录（也根据莫丽），个别治疗对她最有效，其次是家庭治疗，最后是团体治疗。基于此，我们决定最初采用医院的方法和莫丽的意见，并密切注意治疗效果。

一旦决定了对莫丽采用个别和家庭治疗的方法，下一步就是明确治疗方案。我们决定首先关注于贪食，因为这是莫丽当前的主要问题。另外，由于治疗的主要目标之一是使她更活跃，我们也尝试处理她的抑郁问题。很多研究都发现贪食和重性抑郁障碍之间的共病现象，这个病例看起来也没什么不同。但最初的情况并没有支持这一点。我们期望通过治疗贪食症，而使抑郁症状也有所缓解。你能预料到发生了什么吗？

我们要求莫丽写饮食日记，包括每天吃的东西，吃的时间，以及是否暴食

或清除。一天中的时间至关重要，因为我们在寻找可能引起暴食—清除循环的情况线索。我们还要求莫丽称体重，最初一周至少一次。我们明白这可能会带来创伤，但是我们需要知道她的体重波动情况（如果有的话），也希望她能够进一步正视自己的身体和实际的体重。莫丽完成这些任务都没有什么困难。

行为疗法通常会寻找引起行为的刺激物。这个方法也会布置家庭作业。作业很简单，一般不会被设计得太具逼迫性。那么她的饮食日记有哪些新的信息呢？

莫丽提到她的大多数暴食（在治疗开始时已经减少到每周两次）发生在晚上，吃完晚饭之后。此时周围没有其他人，她能隐瞒自己所做的事。她“在晚上特别没有精神，而且不确定为什么。也许和太阳落山有关系，或者也许是晚上出去却不知道将发生什么而带来的压力。我不知道。”她暴食的东西大多是垃圾食品、冰淇淋和其他高糖类食物。这是很多贪食病人的典型食物。

最初莫丽在周二早上称体重，因为“星期一晚上我从不出去，到那时我做过的不好的事都应该对身体没有什么影响。但奇怪的是我的体重并没有发生改变。这很令人沮丧，因为我知道我能更瘦一些；但我也知道我的方法是不健康的。我还是能感觉到来自暴食—清除的那种‘推力’。”

我们探讨了许多种让莫丽在晚上重新“提升”精力的方法。她没有爱好，所以我们建议一些运动，比如轻快的饭后散步。她开始这样做，发现头脑清醒了、也更有精力了。这也给了她一种控制感，觉得现在让自己更有精神。贪食症患者通常自我控制较差；事实上，控制饮食和体重通常是他们感觉生活中自己唯一能控制的事。

我们也采用了认知治疗方法，重点教她抵制暴食—清除的冲动，注意足够引起警觉的迹象，我们还提到她不应该在饭后单独待着以防止任何暴食—清除的行为。我们讨论节食，以及为什么暴食和清除不能成功地控制体重。我们联

系了当地的一个牙医，他给莫丽提供了一些资料。资料描述了神经性贪食的生理后果，甚至还有一些被暴食–清除严重损害的牙齿照片。看到这些莫丽很震惊，特别是因为她一直以来都不愿意“照镜子，即使不是全身的镜子。我的胖脸让自己感到恶心。”

Fairburn（1985）是贪食症领域的一位著名的研究者。按照他首先提出的认知治疗方案，我们和莫丽的精神科医生共同制定了一个饮食计划，规定她每天少食多餐，每餐之间相隔不超过三小时。这么做的目的何在？Fairburn（1985）指出，这个饮食计划表会消除贪食症病人在暴食和清除（或限制）期间的恶性循环。

通常心理动力学疗法不会被用于神经性贪食的治疗。因为这种治疗模式会引起许多问题。比如治疗取得进展需要一定的时间，而且需要病人长期的配合。在等待进展的期间，暴食–清除还会发生。一些专家在尝试消除暴食–清除恶性循环时，会把心理动力学和行为治疗结合起来，来寻找病人心中被压抑的东西。

随着治疗的进展，莫丽逐渐注意到她的暴食–清除与家庭晚餐时间之间的联系，而那是整个家庭在一起的唯一时候。“我觉得家庭是我的贪食症的部分原因。由于某些原因，在晚餐期间和晚餐之后我变得焦躁，需要逃离和‘麻木’，所以我去做那些蠢事。它能帮我摆脱家庭中的所有那些无聊东西。”

在治疗期间，一些其他的关键因素也浮现出来。莫丽母亲的家族有精神病史。一个舅舅“是智力迟滞或者精神分裂；我不知道是哪个。我的外婆是精神分裂。”此外，她妹妹有“酗酒的问题，这从未被提起过。她经常躺在大街上睡觉，因为她害怕在凌晨5点酒吧关门后回家。天呐，唯一正常的恐怕只有我弟弟了！“说到这儿，她轻轻地拍着额头，望着天空。莫丽也提到这是她第一次遇到一个男性治疗师，有趣的是，她感到自己能更放开些。

一旦莫丽开始在个别治疗中感到放松，她也主动提供了一些关键信息。“在我们12岁时，我舅舅常常对我和妹妹进行性骚扰。我外婆从来都不相信我，很长一段时间我妈妈也不相信。我只在住院治疗时对治疗师提起过这件事；而我妹妹除了我，从来也不和别人说起这件事。”莫丽描述她的舅舅时很迟疑，眼睛里也充满了泪水。一开始莫丽并没有意识到这些事对她和妹妹的影响有多大，即使她说起这些事时非常不安。

基于这些信息，下一步治疗分成两个方面。莫丽被介绍去一个当地的精神病医生那里进行精神和可能的药物治疗评估。另一方面，我们尝试联系莫丽的家人来开始家庭治疗。不出意外，他们都乐意协助，除了一个令人注意的例外：她妹妹。通常家人都会期望开始治疗，但一旦实际情况显示出整个家庭都卷入其中，并可能对病人的问题承担了一部分责任的时候，家庭就会离开治疗。你认为是发生了什么呢？

莫丽的爸爸是个善于社交的人，谈笑风生。很多次疗程都是他支配了治疗，不让他妻子讲话。他很胖，大腹便便。他在疗程中以及在候诊室里都气喘吁吁，因此显得呼吸困难，他自己把这归结为“工作太累了”。莫丽的妈妈起初非常安静，也许是因为被她丈夫逼迫不能说得太多。她不常笑，而且在初期的疗程中看起来很疲倦，打很多呵欠，双眼呆滞。但随着治疗的进展，她放开了许多，话也变得多了。莫丽弟弟的目光接触很差，几乎不和我们对视。他总是坐在他爸爸旁边，在治疗过程中玩弄自己的手指。在疗程中他从不说什么话，看起来他确实没有兴趣参与家庭治疗。

她的家人“很渴望参与最开始的三个疗程”，但当莫丽开始关注她父母的酗酒等问题时，他们却变得非常防备。她妈妈说她的贪食症是“自私的。那真的都是你自己的错和你的问题。当你的呕吐物阻塞了下水道时我们抱怨了吗？我们从没有说过什么！我们在经济上帮助你，还到这里来为你提供情感支持，你却说我们没有帮助你，还说我们是酒鬼？”

在这之后，莫丽的弟弟开始问为什么他会在家庭治疗之中，因为“她是个有呕吐和交往问题的家伙。我不需要这样的姐姐。”在三次治疗后他退出了。

莫丽的爸爸是第二个退出的。在治疗中他是莫丽注意的重点，尤其是他的酗酒和饮食问题。他拒绝改变这些行为，相反，坚持把矛头指向莫丽，“事实是你从来没有完成过任何事。我们把钱都花在学校、医院、治疗师上……，但你从不坚持下去。我只是不明白这个。”他在第五次疗程后退出了，“因为我看不到任何好转的可能。我不会再来这里听我自己有多么的恐怖。”

最终，莫丽的妈妈留了下来，直到莫丽转去另一个治疗师那里。她们两个谈了许多，关于莫丽的抑郁、贪食，还有对待男孩的问题，以及她做事情不能善始善终。她母亲承认“我们没有正确处理性虐待问题，对此我很抱歉。”“我们会逐渐减少或放弃饮酒的，只要能帮助你好起来，任何事我们都会去做。亲爱的，你是在自杀，这也会杀了我们的。”

在个别治疗中莫丽也取得了一些很好的进展。她意识到她的暴食和饮酒行为是对自己身心的伤害。她找了一份晚间工作，“我讨厌这份工作，但是我更需要钱。我还搬去和姑妈住在一起，她可真是个救急的好人。我爱我的家人，但我不能在治疗期间和他们住在一起。那样我会觉得永远也摆脱不了这些问题。现在我来去自由，我终于感觉到了独立。”

莫丽还“遇到了一个好男孩，他想让我去他家，和他的家人共度周末。我们还没有做过爱，这对我来说可真是第一次。我不想毁了这次恋爱。过去我总是一与男孩睡过觉就和他们分手。因为他们看着我肥胖的裸体时我很不安，不能忍受在这之后还与他们在一起。”

莫丽发现她的大部分问题都发生在月经初潮之后不久，此时她的身体发生了巨大的变化。她被舅舅性骚扰的事让情况变得更糟。需要注意的是，不管媒体说什么，童年的性骚扰并不总是和罹患神经性贪食相联系。在莫丽的例子

中，它只是众多因素中的一个。

莫丽与她的精神科医生也建立了良好的关系。他给她开了百忧解（氟西汀），一种选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRI）的抗抑郁药物，它由美国食品和药品管理局（FDA）推荐治疗贪食症。百忧解发挥了作用，她"惊讶于自己感觉这么好。我感到有了更多的能量，而且狂吃的欲望也大大减少了。我确信治疗起了很大作用，但这个药对我真的很有效。我感觉自己获得了新生。"

莫丽对自己的问题有了更深的认识。她意识到酒精在她的生活中制造了很多麻烦，但"让我一下放弃所有的事情很难，所有上瘾的东西，一下子放弃。我将会放弃抽烟、喝酒、嚼无糖口香糖，还有暴食。一次放弃一件！不过是的，饮酒最近给我造成了很多很多问题。"比如，莫丽出现过记忆空白，她最初认为这是喝醉的自然结果。记忆空白把莫丽吓坏了，但在治疗中她意识到它们可能是有严重酗酒问题的前兆。在治疗中她还发现酒精也导致了她和男人交往的问题，尤其是"我滥交太多了。当男孩们要求和我做爱时，我感觉自己苗条漂亮。醉酒使我更容易在他们面前脱光。不幸的是，一旦他们看到我的裸体，我就绝不会再见他们。虽然总是我来分手，但我还是确信他们是被我的肥胖吓跑的。"

莫丽做了4个月的个别治疗。在治疗结束时，她已经10个星期没有暴食或清除，并且维持了8个星期的稳定恋爱关系。工作稳定（尽管她不喜欢这个工作）、自己养活自己、管理自己的钱财，并计划秋天返回学校继续就读社会工作专业。她的抑郁症状明显减轻。她不再睡那么多了，对自己和生活感觉好了很多，对性的渴望也变得认真了，精气神明显提高。而且在治疗期间她报告没有自杀的想法。

但遗憾的是，她和父母的关系还是很不好。她与父亲依然有矛盾，这看上去没法得到解决，除非他返回到治疗中来。她搬出去之后和母亲的矛盾缓和了。"我实在不能和我妹妹相处，因为我们太不一样了。她是个顽固的聚会

狂，而我永远不会那样。”

莫丽期待着与她的新治疗师继续进行治疗，并坚持与精神科医生会面。这是第一次她公开谈论过去遭受性骚扰的历史，所以她意识到需要继续处理这些问题。由于我将要搬出城镇接受新职位，莫丽被转介到另一个治疗师那里。最后一次疗程中，莫丽很难过，但为此感到开心，“一种我很长时间以来都没有的感觉。我忘了什么是开心……我忘了任何感觉。生活就是空白和黑暗，还有无止境的悲伤。”

现在我们将关注一下可能用于治疗神经性贪食的药物。首先让我们看看哪些药物对神经性贪食不合适。抗精神病药不起作用，因为贪食症不是一种精神分裂障碍，没有妄想和幻觉的症状。抗焦虑药物（比如安定（地西泮）和阿普唑仑）也似乎不适合。这些药很容易上瘾，只能用于短期对焦虑障碍的治疗。一般来讲，它们也不广泛作用于5-羟色胺；而5-羟色胺似乎与贪食症的产生和加剧都有联系。

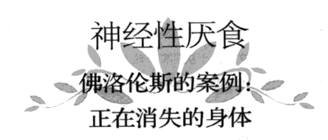
莫丽服用了百忧解，一种抗抑郁药。已有研究发现抗抑郁药物通常对减轻贪食症状非常有效。这些药物包括百忧解和其他SSRIs（比如左洛复（盐酸舍曲林）和赛乐特（帕罗西汀）），或标准的三环类抗抑郁药（如诺波明（Norpramin，又称地昔帕明，desipramine））。其他种类，像单胺氧化酶抑制剂（MAOIs；例如苯乙肼和反苯环丙胺（Parnate，又称强内心百乐明，tranylcypromine）），也被证明有一定效果。但是任何服用MAOIs的人都不能吃含酪胺的食物。这意味着他们不能吃成熟的干酪、某些啤酒、蚕豆和德国泡菜等等。但你很难让贪食症患者在他们狂吃时注意他们所吃的东西。如果在吃含酪胺的食物时服用MAOIs的一个可能的副作用是导致死亡。

像百忧解这类抗抑郁剂改变了大脑的化学成分；在这个案例中，大脑中的5-羟色胺活性很低。SSRIs抑制5-羟色胺的再次摄取，从而导致大脑中神经突触上的5-羟色胺累积。简单说来就是更多可用的5-羟色胺。为什么这很重要呢？因

为5-羟色胺对食欲、情绪、睡眠和性驱力的调节都起着作用。而贪食症患者和抑郁症患者这些方面都很糟糕。由于抗抑郁药物对减轻贪食症状如此有效，人们推测贪食症和抑郁症之间很可能存在某种联系。但是有个问题至今还没有答案：究竟贪食是抑郁的“副产品”，还是抑郁是贪食的“副产品”？这些问题需要将来的深入研究以进行解答。

预后

莫丽的预后被评为“审慎”。她对自己的贪食行为和抑郁有了很好的认识，但是对酗酒问题缺少足够的重视。如果她继续如此饮酒，最终还会有问题。而另一个不幸的事实是，许多患有进食障碍的人其病情会复发。在过去的5年中莫丽已经复发了两次。治疗师需要牢记这个可能性。她在不暴食—清除的情况下，从来不能控制自己的贪食行为超过一年。她想有所好转，但她的暴食行为尚未处在控制之下，而且她对酗酒问题不重视，从这些现状来看，她的预后必须评定为“审慎”。



神经性厌食

佛洛伦斯的案例：正在消失的身体

问题呈现

佛洛伦斯是信仰新教【注】的一名30岁未婚白人女性。（请继续阅读我们最初的面谈内容以了解她的身高和体重）。她是一个英国毕业生，住在市中心。佛洛伦斯没有孩子，但是有一个34岁的已婚哥哥，他有两个孩子，住在离佛洛伦斯30英里远的地方。他们每周见面大概两到三次。

佛洛伦斯出生于非常成功的家庭。她的父亲是一家州级银行的主管，母亲是一名注册护士。佛洛伦斯的哥哥是知名的刑事律师，也备受同行尊重。佛洛伦斯自己准备回到学校去"寻找自己；我不喜欢管理一个连锁超市。我需要找到更充实的事情，学习英语专业好像不错。"

佛洛伦斯曾经接受过神经性厌食的治疗。她接受了住院和门诊治疗，而且"感觉不错。但是情况有几次变得很糟，所以我又回来了，试着去寻找哪里出了问题，并让问题停止"。

我们第一次看到佛洛伦斯的时候，她的目光接触很差。她的眼睛没有神

【注】天主教（Catholicism）、东正教（the Orthodox Eastern Church）和新教（Protestantism）是基督教的三个主要教派。——编者注

采，看起来很空洞，头发一束一束地粘在一起。我们办公室的温度调到了华氏73度（约摄氏23度），她还在发抖。当她卷起袖子的时候我们注意到她穿的是件很好的毛衣。她穿着长袖上衣和长裤，语气很柔和，情感很平淡，但是初次疗程中她很开心。

佛洛伦斯感到连锁超市的职位提升和家庭给她带来越来越多的压力，“我只是被毫无意义地安置在这里，我的老板发现了什么，因为他看到我虽然看起来非常棒，但是却几乎没有力气。我想他是有点忌妒了，但是他总是说我太瘦了。我想我长得挺不错，我很有魅力。”

佛洛伦斯的老板开始对她密切关注，并且请教了他的上司，上司说佛洛伦斯的行为正逐渐危害着她的健康。佛洛伦斯的连锁超市分区老板给她下了最后通牒：去治疗，否则失业。为了不丢工作，佛洛伦斯开始寻求治疗。她从一个朋友那里得知我们专长治疗进食障碍之后，她给我们打了电话，为初次治疗进行了预约。

背景信息

佛洛伦斯的童年没有什么特别的地方，发展情况良好。她高中以B/B-的平均成绩毕业，大学本科时的毕业成绩为GPA 2.8（总分4.0），主攻贸易专业。目前在一家连锁超市里已工作6年，短期内被提升为地区经理。佛洛伦斯和她的家人并没有酗酒和吸毒的历史，也没有精神疾病史。

佛洛伦斯第一次注意到自己的体形变化是在13岁。她的体重开始增加，经历了月经初潮，还发现她的嗓音变低了。她的身体开始发育，“有了曲线，还有乳房。我个子很高——173cm——所以我的胸部并不大。男孩子们因为这个取笑我，叫我平板；这很痛苦，更痛苦的是他们还说我胖。”其实她并没有超重，13岁的时候为57公斤。随着年龄的增长，她的体重只稍微有所增加，她极力控制体重，但是毫无益处。同时她的成绩也有些下滑，开始时她总得A和

A-，后来得B和B-。“我的屁股开始变大，尽管我每天锻炼。我们家都喜欢吃甜食，我也不例外。小时候我吃了太多的糖，当你到了青春期，荷尔蒙在疯长的时候，这不是一件好事情。那时我开始留心男孩子了。”

佛洛伦斯为了减肥，开始不再吃甜食。但是说起来容易做起来难，“我觉得有时候对甜食的那种渴望都快要把我杀了，我确实很迷恋这些东西。但是呢，当我真的不再吃甜食的时候，我发现并不是很饿，更重要的是，我的体重开始下降了。”佛洛伦斯像其他所有十几岁的美国女孩一样都很羡慕女明星和模特的身材。“凯伦·卡朋特（Karen Carpenter）、吉娅（Gia）、艾尔利·沙迪（Ally Sheedy）和苏珊·萨默斯（Suzanne Somers），她们都很瘦。怎么办？我需要找到答案，想要拥有和她们一样的身材。我实在喜欢她们的样子，对我来说，她们既健康又美丽。我很高，想要摆脱臀部和胸部的问题。我想应该不难吧。”

所以佛洛伦斯开始越来越多的锻炼，最终一天可以达到三个小时。她的成绩仍然保持B-，男孩子们对她仍然不感兴趣。同时她吃得越来越少，如此一来体重下降得更快。“我当时并不能确定是否在饿着自己。我极少在别人面前吃东西，而且会告诉父母从学校回来太累了，不想吃晚饭。我会说‘我等会儿吃’，但是这通常是个借口。但是这个小伎俩经常奏效。我的胸部在迅速减小，曲线消失了，大屁股也不见了！我非常高兴，现在我知道了男孩子们会喜欢我，那些讨厌我的女孩子们也会妒忌我长得多好看了。”

佛洛伦斯14岁时有了一个男朋友，她说“我敢肯定他喜欢我是因为我减了肥。我当时看起来更有女人味了，所以他开始注意我。我们很合得来，但是这段关系只持续了一年，他便提出与我分手，肯定是我又开始变胖了。锻炼和节食都没用，所以我开始尝试学校里一个朋友告诉我的方法，她基本上不吃东西，靠吸烟降低体重。但是我对烟雾敏感，所以我决定尝试其他的方法。她严格控制卡路里的摄入量，只在特定日子里的特定时间吃东西。最终使自己的体重降到了41公斤。听起来效果不错。体重44公斤我就会觉得自己很胖。”

佛洛伦斯实践了这种挨饿的方法，并成功了。体重一路降到了42公斤。“但是那像地狱一样。想象一下去参加派对看到那些巧克力，奶酪，薯条，汉堡……我真想把那些都吃掉。我知道我不可以那样，因为我又会胖起来。所以我极力忍住，整个晚上只是喝水。偶尔我会偷偷吃一根芹菜。不会有人看到我吃东西的。”

佛洛伦斯也开始注意到体重减轻之后身体的变化。她月经停止了，刚开始这着实吓了她一跳，但是后来她又觉得这样也不错。“这意味着如果我和别人做爱的话不会怀孕，月经很烦，这样我也不用再担心它了。”她的双颊陷了下去，像是花栗鼠或者是松鼠。眼睛也凹陷下去，像是它们往脑袋深处挪动了，她还常常感到很冷。

“这真的很奇怪，五月底了我还穿着厚厚的衣服，我讨厌这样，因为我想显示出我的身材，但是又没有其他办法。最开始的时候我还以为自己发了高烧所以量了一下体温。”实际上这是厌食症的典型表现。因为那些人失去了太多的脂肪和体重，所以无法保留身体热量，经常感到特别冷。在进食障碍治疗专家中流传着一种说法：当你在夏日看到一个穿着毛衣和厚厚外套的年轻女郎，那么她极有可能患有进食障碍。

佛洛伦斯同时也发现了其他让人烦心的现象。她的头发越来越少，成堆地脱落。呼吸也很糟糕。她的脸和手臂上的汗毛变得细长了。但是由于她的皮肤很白，掩盖了这一症状，除非你离她很近，否则不容易发现。佛洛伦斯在15岁的时候经历了一件让人害怕的事情。

“那天我在学校，当时我体重47公斤，感觉很好但是有点胖。我知道我需要减肥，但是我想在下一门科目的考试中考得好一点，于是我集中精力学习。中间我去上厕所，当要出来的时候突然感到一阵眩晕。我以为是站起来太猛导致的，当时没在意，继续往厕所外面走。后来我晕倒了。当我醒过来的时候，一个女孩在我旁边，正轻拍我的脸问我好点没有。我从来没有晕倒过，这次吓

了我一跳。但是我只是往脸上洒了些冷水，就接着去考试了。”这不是佛洛伦斯最后一次晕倒。有一次她在家门口晕倒的时候，擦伤了脑袋，还流了好多血。她开始意识到有些地方不对劲了。

“我不得不向忧心忡忡的父母解释脑袋上的伤口是怎么回事。他们怀疑是我吃得太少，太瘦，但是他们并不想干涉我。他们也认为我在经历女孩子的青春期，很快就会好的。我想我好不了了。” 佛洛伦斯最后终于进行了治疗，被诊断为神经性厌食。她的治疗师介绍她住院治疗，医院将会给她进行适当的药物治疗，她还接受了医院的密集治疗。

当佛洛伦斯出院后又重新开始门诊治疗的时候，她认识到自己有问题了。“我不知道我是谁，但是不管我是谁，我都讨厌这个自己。我讨厌自己的身体和生活，跟我的家人相比我怎么能算是一个成功者？我从来都不算什么……”佛洛伦斯说那次治疗是成功的，最后她可以回学校了。她没有持续治疗因为她的问题“痊愈了并且一切在控制之中。当然我还有不吃东西的冲动，我仍然也不喜欢自己身体的样子，但是这不是什么大问题。”

直至佛洛伦斯生命中出现危机之前她的厌食症还处在控制中。通常而言，这些危机主要和工作以及谈朋友有关。她在大学期间几乎没有男朋友，她更喜欢学习和锻炼。她所拥有的恋爱关系都不长久。对她来说在别人面前吃东西很难，“这对初次约会很不利。一起出去吃晚餐，晚些时候吃块匹萨，我无法处理这些事情。一直拿这些东西诱惑我是不公平的。这些魔鬼般的食物只能增加体重。” 佛洛伦斯体重已经增加了9公斤（大一学生一般会增加7公斤），她感到害怕。“我没有停止进食，然而我增加了锻炼强度，并且通过努力工作来减肥。吸烟和呕吐减肥法很有诱惑力，可是这些事让我恶心，我做不了。”

当佛洛伦斯毕业后获得一份连锁超市的工作，她的职位越来越高。这家连锁超市到大学里招聘，他们觉得佛洛伦斯很努力，安静，没有废话。超市想要扩大，并且尝试一些新地区的生产线，佛洛伦斯似乎是这个职位的最佳候选

人。她的调查使得她所管辖地区内的超市年利润增加很多，所以他们对她很满意，并把她升做地区销售部经理。

“这是不是很有讽刺意味？我是贸易专业毕业的，但是一家连锁超市选择了我！食物给我的生命带来了这么多麻烦，何时是个尽头呢？这真让人头疼！”有趣的是，那些具有成瘾和进食障碍的人却经常被那些以酒精和食物为中心的地方聘用，比如说餐馆、超市、酒吧或酒类公司，或者是医院。你能猜到这是为什么吗？

当佛洛伦斯进入研究生院学习时，她的厌食问题又发作了。她部分时间在学校学习，因为起初工作和其他事情都很顺利。很快，在学校里保持好成绩的压力和全职工作导致她的体重有所增加。体重的增加、工作和学习压力，还有即将进入30岁的担心和忧虑使她旧病复发了。她的体重下降到了42公斤，她的月经又停止了，而且先前所有的症状都回来了。同事和朋友都非常为她担心。

“人们不知道是怎么回事。我又光彩照人了，而他们以为我病得很重，或者得了艾滋病。不对！我正在用以前奏效的方法进行减肥和体重控制。”

思考题

1. 列举原因说明为什么具有成瘾或进食障碍的人总是被以食品为中心的地方（如餐馆）所雇佣。
2. 佛洛伦斯提到她仍然吃东西，并决定“锻炼减肥”。基于此，列出证据说明她为什么会患上神经性厌食。她还有可能得什么其他的病？
3. 大部分厌食症患者都是像美国和加拿大等发达国家的白人女性。最近厌食症和贪食症开始在原来并没有这些病的这些国家有所增长，可能的原因是什么？
4. 佛洛伦斯似乎很注重她的体重和身材。基于此，男性罹患厌食症的几率多大？讨论男女差异背后的原因。

5. 基于目前所了解到佛洛伦斯的情况和信息，讨论她在接下来的治疗中将如何取得进展。

评估与诊断

佛洛伦斯因为她老板的最后通牒来到我们这里：寻求帮助或者被解雇。虽然老板的做法是违法的，但是佛洛伦斯决定不去控告他，因为“他为我考虑最大利益。另外，只要我在诊断和治疗中他们就不能把我怎么样。”

最开始我们通过非结构诊断访谈、EDI-2、BDI-II和主题统觉测验（Thematic Apperception Test，TAT）对佛洛伦斯进行了评估，我们还将佛洛伦斯送到一个内科医生那里做一个全面的体检。佛洛伦斯被诊为患有抑郁还有其他一些心境障碍，因为饮食问题可以说是这些问题的一个症状表现。

TAT是心理学家亨利·默里（Henry Murray）所研制的一种投射测验。像其他的投射测验一样，该测验的方法很简单。病人需要对他所看到的黑白图片作出回应，并说出这些图片表达了什么故事。治疗师最后会给这些故事打分，寻找其主题，比如谁是故事中的主人翁等等。这里的概念是指病人会把他们的潜意识愿望、想法和欲望（这些都会被人们自我的防御机制所压抑或阻断）投射到图片中去。另一个投射测验的例子是罗夏墨迹测验（Rorschach Inkblot Test）。投射测验是很有帮助的，特别是处理很抵触的病人，或否认自身病情的人来说，否认对于进食障碍患者来说很平常。

一些很有意思的信息在治疗过程中不断浮现出来。从10岁开始佛洛伦斯觉得自己需要控制她生命中的所有事情，从那时开始她就已经有了饮食方面的问题，并且觉得她的朋友和家人都在过分强调这个问题的严重性。家庭聚餐一直是个重大的场合，特别是因为父母极少同时在家吃晚饭，所以显得格外受重视。她的父母总是要确定她把自己盘子里的食物吃光，并且她要等着吃甜点，这更是一个“大问题，我妈妈喜欢烤点心，而且总有新鲜的式样，如果拒绝吃

的话会被看作很不礼貌的，所以我从来不拒绝。”佛洛伦斯开始注意到控制问题变得很严重，她需要重新获得她的生命。

佛洛伦斯的BDI-II分数为10，说明她有些轻微的抑郁。可能会有一些症状，但是并不需要引起治疗师的警惕。EDI-2的结果显示出更多的信息。她着迷于苗条身材并且整天想着食物，都快变成强迫观念了。她的理想体重最开始被定位“比现在轻一些”。经过讨论，她将理想体重定为39公斤，“这样我就可以尽可能地又可爱又性感，我所有的朋友都会忌妒的。那时候肥胖最终会消失。”

下一步是按照DSM-IV-TR看看佛洛伦斯是否还患有其他障碍。佛洛伦斯表现出了以下症状。看看这些症状是否符合你关于厌食症女性的印象。佛洛伦斯不愿维持适合她年龄和身高的最低标准体重，她还是否认她的体重过低的程度有多严重，而且还是一味地认为她很胖。她至少4个月没有来月经了；然而，这并没有让她烦恼。她没有吃泻药但是有时候会腹泻。这让你感到惊奇吗？总之，众所周知厌食症患者什么都不吃，但是佛洛伦斯说她还会暴食。大约50%的厌食症患者具有暴食和清除的行为。

神经性厌食一个有趣的特征是许多患者会十分注重他们的实际体重，不像很多贪食症患者不敢上体重秤。厌食症患者可能经常秤自己的体重；佛洛伦斯在来到我办公室之前刚刚称过体重，并很得意地跟我说她现在只有41公斤，“这很好。但是我可以减掉更多，尽管如此，这对175cm的年轻女子来说也并不坏。”当面对患有进食障碍的病人时，治疗师必须对其体重进行精确地记录。

佛洛伦斯的这些症状让你觉得像厌食症患者吗？这些都是DSM-IV-TR中神经性厌食的诊断标准，但是我们还需要考虑更多的信息，如TAT的测验结果。佛洛伦斯的故事所展现的是孤独感和被抛弃感。她的故事总是讲述家庭冲突、对孩子施加了太多望子成龙的压力、太阳从来不会出现，女性在她的故事里总是不幸福，无论是她们的生命，外貌，或者是她们的体重。故事中人们的交流也没有多少，年轻女子总是试图控制所有事情，尤其是她们的体重。

佛洛伦斯还有没有可能出现其他状况？让我们看看她的体检结果。后来我又让她再回来一次，进行后续随访。内科医生确定她的体重是42公斤，这使佛洛伦斯很沮丧，因为她又重了一公斤。佛洛伦斯的体温是华氏96.3度（摄氏35.7度），极度怕冷，手脚冰凉，总有疲劳感、头昏眼花、便秘、有时会呕吐、呼吸短促（shortness of breath）。她的头发很少，手脚却有细长的汗毛。内科医生据此诊断她患有神经性厌食，因为这些都是神经性厌食的症状表现，并要她住院治疗。佛洛伦斯很不情愿地答应了，并在内科医生的办公室给我打电话说他让她立即住院。要知道在当今的医疗状态下，能够很快地得到一个住院床位并不是很容易。幸运的是医生能把她的紧急情况进行了传达，并且她在那天下午就住院了。

佛洛伦斯对于检查结果并不满意，但是认识到她的工作全系在这个上面了。“我长这么大头一次医生把我给吓坏了。他说我的体重已经降低到危险的程度了，而且如果我不立即进行药物治疗的话，我可能会心跳骤停（cardiac arrest）。我不确定是否相信他说的话，但是为了完美的身材值得去死吗？我并不这样认为……”

一些治疗师要求他们的病人在治疗开始之前要经过彻底的体检，这种惯例是有原因的。首先，心理问题有时候可能会表现出和生理问题类似的症状或掩盖生理问题。其次，大多数治疗师不具备进行药物诊断的资格；如果他们具备相应的资格，也可能没有适合的仪器去验证一下他们的假定。再次，如果存在需要立即治疗的生理疾病，在治疗生理疾病之前进行心理治疗是不符合伦理的（而且是危险的）。当然，病人出院的时候可能不会回来进行心理治疗，这是有可能的。这是他们的选择，也是转介给另一个医疗机构的固有风险。

总之，佛洛伦斯接受了如下的DSM-IV-TR诊断，并进行了住院治疗：

神经性厌食，限制型 307.1

病源理论

目前研究者们认为引起神经性厌食的特定原因尚未为人所知。我们确实知道认知因素、人格因素，还有环境因素都有可能导致神经性厌食。厌食症患者的一个普遍特征是：他们都是完美主义者，并具有强迫的倾向。他们往往奋力去达到很高的目标并且来自高成就的家庭背景。研究也发现厌食症女性患者也往往有抑郁症，尽管这不是厌食症本身所导致，因为一旦这个女性恢复健康或者很有进步，抑郁症状似乎很快就消失了。

控制问题也是厌食症患者的一个普遍问题。不再进食（可能这是一种高限制的节食）可能被看做是在生命中获得控制的一种方式，也是一种获得独立感的方式。厌食症女性患者也许感到自己的体重和外表是她能够控制的唯一东西，而不受父母或其他的外界影响或干涉。

对身体的不满是罹患神经性厌食和神经性贪食的关键因素。然而，厌食症患者更加关注她的外表，对自身体形的不满意已经达到了病态的程度。换句话说，即使她的体重已经降低到非常危险的程度，却仍要继续节食，为了"再减一点体重"以显得更瘦。这已经成为一种特殊的文化，因为大多数西方国家（比如美国）把芦苇般纤瘦的体形赋予了极高的价值。现在好莱坞和时装设计师们已经把"size 8"视为太大了。

厌食症的心理动力学观点已逐渐被废弃，但是仍需提起。Hilda Bruch（2001），神经性厌食方面的著名专家，认为患有神经性厌食的女孩子可能有家庭脱离或者建立脱离家庭的个体认同方面的问题。一个有趣的观点将神经性厌食症患者视为渴望自己永远保持在青春期前期的的小女孩。一旦体重严重下降，女孩可能停止月经。她的胸部会变小（因为乳房主要是脂肪组织），臀部也会变小。心理动力学家可能将这些女孩子看做是通过神经性厌食而不愿长大成人，不愿面对长大后的责任和独立。有研究者假设患有厌食症的女孩在实施

慢性自杀，逐渐消失，日渐衰弱（Getzfeld，1999）。从这个观点来看，她们想一直做小孩子的愿望非常强烈。

学习理论家将神经性厌食视为简单的潮流。长期的体重下降被社会对女性纤瘦的要求所强化。如果一个厌食症患者成功变瘦，这会强化她的节食，如此开始恶性循环。当她体重增加时会被社会“惩罚”，不能赢得重要他人的注意，或被他们谴责（包括她的家人和朋友，当然还有她自己）。从这个角度来看，厌食症可以看做是体重恐怖症。

最后，我们要讨论一下遗传因素。就像这本案例集中大多数的障碍一样，进食障碍也有遗传性，通过遗传在多个家族成员身上表现出来（Strober，Freeman，Lampert，Diamond，& Kaye，2000；Hudson，Pope，Jonas，& Yurgelun-Todd，1983）。女性亲属比男性亲属更多地受到进食障碍的影响。Hsu（1990）假设一些特质如无法克制冲动，还有情绪不稳定都是有遗传性的。换句话说，对应激情境的不良反应及糟糕的应对能力往往是家族遗传的，从而导致不良的应对机制，如进食障碍。易感性也是遗传的。

总之，神经性厌食的成因对研究者仍然是个迷，需要进行更多的研究才可以得出结论。

治疗计划

最初的治疗目标应该很明显：佛洛伦斯需要住院治疗，使她恢复到正常体重。内科医生和我都同意这种看法。幸运的是，佛洛伦斯也愿意住院。她以前曾住院治疗过而且治疗效果很好，但是“我需要知道怎样保持正常体重，以及怎样应对压力。我知道现在我的厌食症无法治愈，”她在出院后和我们的第一次会面中这样说。所以我们现在已经确定了佛洛伦斯需要住院。一个厌食症患者住院治疗会有什么情况发生呢？

第一个目标是恢复佛洛伦斯的体重，并使她的饮食模式正常化，这样可以使她的月经和排卵正常化。一个健康的目标体重经常和月经及排卵的正常恢复有关（APA，2000）。体重的增加需要阶段化，大概每周2～3磅（0.9～1.4公斤）。这有许多原因：首先，体重的快速增加可能会适得其反，厌食症患者可能离开医院，拒绝治疗。其次，一般来说，人体在体重很低的时候也无法承受快速的体重增长。例如，在体重恢复的过程中也会出现便秘、腹胀（bloating）和腹部疼痛等现象（APA，2000）。最后，体重的快速增加也会导致心跳骤停。在一些情况下，厌食症患者的否认非常强硬，不得不“强制进食”。关于厌食症患者需要住院多长时间，进食障碍专家也没有确实的数据。佛洛伦斯上次住院28天，但是没有成功。这次她住院30天，出院时的体重为52.6公斤，进食已经正常。

从此时开始（她已经脱离了严重的生理危险时），治疗变得“多重化”，也就是说，用许多不同的方法进行治疗。我们已经用过了药物治疗的方法。佛洛伦斯开始了特殊的增重计划。大部分情况下这种治疗和行为治疗配合使用，奖励取决于重新进食和增重计划的坚持程度。奖励可以是让家人和朋友来探视、社会奖赏（看电视、玩游戏等等），或者准许有一天的时间离开医院。这是住院环境中治疗病人最有效的方法。

认知干预关注于替换导致神经性厌食并使之持续的负性思想上。例如，厌食症患者可能会想，“我可以再瘦一点，看看我啊，胖得令人厌恶。”治疗师将尝试用积极的想法，如强调健康，健康饮食和积极的态度来替代这些想法。例如，“我们来看看吃点什么健康的晚餐而不会多余地长肉。”治疗师也在尝试让病人把重心放在自己身体之外的方面，并强调这些方面的重要性。

就像你将要看到的那样，家庭治疗似乎是一种更有效地治疗神经性厌食的方法。对于长期患有神经性厌食的年轻女孩来说，家庭治疗似乎是最有效的方法。家庭治疗假定厌食症患者家庭中的进餐时间以及对食物和体重的看法有些

功能不良，这些因此成为治疗的重点所在。家庭对体形的态度也会在治疗中进行讨论，任何潜在的冲突都会被讨论。

佛洛伦斯在住院期间，也参加了团体治疗和家庭治疗，还有每天一次的个别治疗。“我快被治疗整疯了！最难的地方就是参加团体治疗和家庭治疗。你想着自己的举止有多差劲，然后却听到其他的女孩子……确实让你大开眼界。”她的家人非常配合，很令人惊讶，参加了所有的家庭治疗的疗程。

佛洛伦斯的父母也意识到了他们对她施加了很多的压力。他们一直希望她能成为一个律师或者医生，当她在工作上努力上进时，他们很骄傲但是从来没有表达出来。“他们对我很失望”。她的父亲其实很自豪，却从来不知道如何去表达。“我母亲似乎喜欢哥哥，因为他结了婚而且有一份很好的工作。在一些疗程中她说得不多，这使我相信我的想法是对的。”她的父亲“第一次告诉我当我返回校园、成为一个地区经理的时候，他非常骄傲。特别是他承认我有问题，而且需要被照顾。听到这些话，我忍不住哭了……父亲也哭了。”家庭治疗其中一个目的就是让家庭成员之间加强沟通，无论这个过程有多痛苦。沟通问题常常是人际问题的根本所在，这个案例中也是如此。典型的厌食症患者往往人际关系较差，部分原因是因为进食问题统治和控制着他们的生活。

团体治疗对于厌食症患者来说，其成功率不太稳定。厌食症患者往往是秘密的，把她们与其他厌食症患者放在团体治疗的环境中是有一定的冒险性的。她们可能什么都不会说，她们可能会嫉妒其他女人比她们苗条而退出治疗。佛洛伦斯说她在团体治疗中感受到了威胁，因为每次她的家人都来参加疗程，而其他家庭却没有来。她也感到有些难为情，因为她是团体里比较胖的人，“这使我更多地关注自己的样子，问自己为什么要在这里。”

佛洛伦斯报告说个别治疗中的进展最多。“我喜欢一对一的治疗，这样感觉最舒服，我可以畅所欲言，不用害怕被指责。”一些重要的信息也在这里暴露出来。佛洛伦斯从来没想过成为一个律师或者医生。她现阶段也没有结婚的

愿望，尤其是生小孩。生孩子的想法使她很害怕，从一定程度来说，男人也让她很害怕。“我想我从来都是很害怕恋爱关系，害怕让自己陷入爱情之类的事情。让另外一个人进入你的生活和头脑中，真可怕。我能控制饮食和我的体重，尽管现在这些控制着我，这不太好。有时候我想回退到以前还是小女孩的时候，那时候生活没有这么复杂；有时候我只想消失……但不是死去！只是消失一阵子，明白吗？”

弗洛伊德和其他人会说厌食症患者不想要孩子是有一定原因的。实际上，她们在罹患厌食症时是一种退行。她们减轻了体重，失去了曲线和胸部。身体上表现出月经停止，生理上变成了青春期前期的状态。弗洛伊德可能会说厌食症女性患者具有未解决的恋父情结（Electra Complexes），导致和她们父亲的破坏性关系。确实，佛洛伦斯的父亲总是给她施加压力，使得她想“让他闭嘴”，不听他的话。“他试图控制我的生活、职业和社会生活；在我离开家之前我需要学会控制一些事情。我不可能逃走，所以我转向食物寻求安慰，接着寻求控制。”

佛洛伦斯的体重和饮食稳定之后，她出院了。出院时的诊断和申请住院时的诊断一模一样。然后她把我叫来我们开始了个别治疗。我们讨论了控制问题、认同问题还有人际关系。佛洛伦斯不仅害怕男人，而且也害怕有性高潮，不论是和男人在一起还是自己手淫的时候。“我不能放松，不会让任何人控制我的生活，我总是需要处在控制之中。”

最后佛洛伦斯回到了更为理想的58公斤。她仍然和我一起进行个别治疗，一个月去看一次她的内科医生以进行病情监控。我也把她送去进行精神科鉴定，看看是否还有其他的精神障碍，同时也让精神科医生看看她是否需要服药。精神科医生报告说佛洛伦斯除了厌食症之外没有其他问题，并且她当时不需要服药。

我们还讨论了家庭治疗，佛洛伦斯认识到也需要在医院之外继续进行家庭

治疗。她同意“过段日子进行家庭治疗；我需要集中精力在我自己身上，只有我自己。我经历了很多变化，认识到我的问题有多么的严重。”

佛洛伦斯还被介绍到美国厌食暴食症协会（American Anorexia Bulimia Association，AABA），一个国家性质的公益组织。他们为进食障碍患者提供支持性团体和相关信息。佛洛伦斯喜欢这个方式，因为“我决定了在治疗中要做些什么，而不是什么医生来决定的！啊，又是控制之类的事情。”一般来说，治疗师都会向进食障碍和物质障碍患者介绍一些自助团体，如AABA和酗酒者匿名协会。这些不是治疗性团体，但却是支持性团体，由患者自己倡导的。没有会员费，不需要花钱，而且都是匿名参加。

佛洛伦斯又继续和她所有的治疗师一起治疗了一年，最后她觉得有足够的自信来结束治疗，治疗师们同意了。她的体重和饮食维持在稳定状态（“我有一次病情复发，但是你们把它及时制止住了”），她对身体更满意，现在也能和家人进行更有效的交流。她返回了工作岗位，并在年末得到了不错的奖金，还涨了工资，而且又开始约会了“但只是随便谈谈。”我们都对她说如果需要回来治疗我们随时都有空。在她的最后一个疗程后，那是我们最后一次得到佛洛伦斯的有关消息。

许多专业人员同意精神药物（psychotropic）不应该用于治疗神经性厌食，有以下几点原因：首先，因为厌食症患者严重的体重过低和营养不良，药物的副作用可能会更大，也可能导致严重的并发症，以至于患者不合作。例如，三环类抗抑郁药可能导致心律不齐，有可能引起心跳骤停。另外，精神药物对于许多厌食症患者并没有太大效果。而且很多药物将很有可能导致体重增加。这当然是理想的结果，但是这只是对于临床医师来说，而不是对神经性厌食患者！她也许会停止服用精神药物，也一并停止了所有的治疗。最后，关于精神药物用于治疗厌食症的研究指出，大多数种类的精神药物都缺乏疗效。

如果医生对厌食症患者开出了药物处方，一般来说主要有两个原因：为了

维持已经恢复了的体重和正常的饮食习惯，以及为了治疗除了神经性厌食之外的其他精神病症。但是，许多药物也不能维持神经性厌食患者的体重和饮食习惯。精神药物的一般使用规则是：如果该药物在临床治疗上没有什么效果，就不要开这些药，以避免再给患者的其他问题增加副作用。因而，在佛洛伦斯的案例里，她在接受“治疗团队”的治疗期间并没有服用任何精神药物。

预后

佛洛伦斯的预后依然被评为“一般”。为什么她没有一个更好的预后呢？让我们来找找原因。对于进食障碍患者来说，无论治疗有多成功、病人多配合、治疗有多及时，复发的可能性还是很高的。不幸的是我们从来不能说一个进食障碍患者被治愈了，我们只能说病情有所好转。意思就是说，进食障碍像癌症一样，总是有复发的可能性。物质依赖也是一样。因为这个原因，佛洛伦斯需要一直对可能的病情复发有所警惕。正如你所看到的，她在我们的治疗过程中还有过一次复发。

许多厌食症患者很难解决他们的控制和食物问题。由于食物在生命中是至关重要的，在社交和商业情境中也很重要，引诱厌食症复发的诱惑物每天都会出现。控制问题也是每天都会呈现出来。所以，厌食症患者无法“逃离”那些导致他们出现问题的东西。如果他们感到容易受到诱惑，那些“暗示”可能会引发他们的厌食行为。

最后，如果一个厌食症患者过去曾经有过复发，那么一般来说她再次复发的可能性会很大。人们一旦表现出某种行为，大多数人都很有可能再次重复这个行为，特别是那些患有精神疾病的人。不幸的是，佛洛伦斯也属于这一人群，所以此时无法给她评定更为积极的预后。

复习和思考题

莫丽

1. 复习DSM-IV-TR关于神经性贪食的诊断标准，列出莫丽诊断中有差异的部分。
2. 莫丽似乎也有酗酒问题。为什么治疗师把她的贪食症而不是酗酒问题作为治疗重点？
3. 讨论治疗师为什么使用“让她更有活力”的技术来帮助莫丽解决其问题的原因。
4. 莫丽在服用百忧解，这对她的贪食症治疗非常有效。讨论在治疗贪食症中开抗抑郁药物为处方药的优缺点。
5. 讨论莫丽的家人渐渐脱离治疗的原因。
6. 莫丽曾经试图服用复合维生素自杀，仅仅是为了“伤害”自己，你相信她吗？为什么？
7. 莫丽对男性治疗师感觉好于女性，基于她的表现出来的问题，这正常吗？
8. 莫丽12岁的时候遭到性侵犯，这件事重要吗？这个事件是导致她的贪食和抑郁症状的主要原因吗？为什么？

佛洛伦斯

1. 佛洛伦斯曾经有过几次暴饮暴食。基于DSM-IV-TR的诊断标准和所提供的信息，佛洛伦斯是否应该被诊断为神经性贪食？解释其原因。
2. 佛洛伦斯来自一个白人上流社会的良好家庭背景，解释是否大多数厌食症患者来自这种社会经济和种族背景，并给出原因。
3. 进食障碍除了在美国，在其他国家也很普遍（如中国、日本、非洲国家、巴西）。列出证据支持或者反对这种观点。
4. 佛洛伦斯曾说模特的身材是理想的。文化对贪食症和厌食症的影响多大？基因、生物学、种族背景的影响呢？
5. 为什么厌食症患者无论多么瘦弱都会觉得自己很胖？
6. 你认为医生们关于佛洛伦斯不用服药的决定正确与否？

第七章

性障碍和
性别认同障碍

当人们第一次看到性障碍（sexual disorders）这个词时，会感到很困惑。这是为什么呢？许多人认为性障碍只是男性勃起障碍（阳痿）、早泄，或者是女性性高潮障碍（被错认为是女性性冷淡）。性障碍和性别认同障碍的普遍性，从3%的男性性交困难（male dyspareunia，男性性交疼痛）到33%的女性性欲不足障碍（female hypoactive sexual desire disorder，也被认为是性冷淡）（APA，2000）。在许多个案中，性障碍有其心理起因，通过行为矫正技术经常可以获得最好的治疗效果。但是，正如你即将看到的，心理学家在对这些病人做出明确诊断之前，必须确保他们接受过全面的身体检查。

性障碍和性别认同障碍在DSM-IV-TR中划为四类：性功能障碍（Sexual Dysfunctions），其主要特征是性欲唤起的不能；性变态（Paraphilias，旧称性欲倒错），一般表现为恋物癖（fetishes，以对不寻常的物体或活动有强烈的性冲动为特征）；性别认同障碍（Gender Identity Disorders），即病人不能接受他们现在的生理性别；无其他定义（NOS）的性障碍（APA，2000，p.535）。

我们首先看一下所罗门的案例，他的问题有些困难，可悲的是，却是比较普遍的问题。在评估他可能出了什么问题之前，仔细阅读他的案例。我们将以艾米丽的案例结束本章。她的困难给她的恋爱关系带来了很大的问题，使得她不得不在生活中做出一些抉择。

恋童癖

所罗门的案例：一个长期存在的问题

问题呈现

所罗门是一名42岁的牙买加黑人男性，他三年前来到美国。所罗门在牙买加生活时，已经结婚5年。但是他说："我们的婚姻不怎么样。我离开牙买加去挣钱，她没有跟着我，于是我们就离婚了。"所罗门和他的前妻没有孩子。他来到美国后，很快就找到一份焊接金属板的活。"这份工作的工资还可以，我从事建筑行业，这已经相当不错了。这是我想做的工作，尽管不是我最擅长的。"所罗门上早班，偶然也换下午班。

所罗门在一个下午出现在我们的诊所里。因为来诊所就诊的人群主要是强制的客户（他们不得不参加治疗），所以一开始我们对所罗门的主动上门感到很惊讶。不久我们就了解到，他的到来不完全出于他自己的意愿。

"好的，这就是他们所说的事情。我告诉他们，我观察曼迪的女儿已经很久（曼迪是他的女朋友），我们一起观察很多次。曼迪和我住得很近，大约15分钟就可以到她家。她女儿经常和我待在一起，有几个晚上也和我待在一起。我们一起玩游戏。我真的很爱她的女儿。我有一个游戏机，她特别喜欢。在我住的地方，厕所是在走廊里的。因为我的住处不安全，尤其是当小女孩在走廊时，所以我经常会陪着她去厕所。她解完手后，我会帮她清理干净。自从我认识曼迪以后，我就开始为她做这些，因为她是可以调教的。第二天早上，曼迪

对我说，当我帮她女儿清理时，我的手指伸进了她的阴道。曼迪因此谴责我。我们没有打架或是其他的。她怎么啦？疯了吗？我不知道她为什么这么说。这真是一派胡言。

“那天早晨她就打电话告诉警察这些，之后他们过来逮捕我。他们控告我猥亵儿童。我以前从未做错过任何事情。我现在仍然不能相信整件事情。这就是我为什么会在这里。现在你们也知道了。我需要知道原因。”

所罗门的穿着非常随便。他第一次出现在诊所的时候，穿着一件灰色T恤和工作裤（“我的工作服”），一双Timberland牌防水靴，戴着一顶方格帽，以及一个巨大的工具腰带。所罗门可以和我们进行很好的目光接触，情感平淡。即使他很生气时，也是个很随和的人。他可以自由回答我们的所有问题。开始的时候，所罗门看上去很紧张，不断地玩他的工具带，大口地呼气。随着治疗的进展，他慢慢放松，坐的姿势也更加自如。我们注意到所罗门的眼睛很红（这不是因为哭泣流泪造成的，因为在每次疗程中他的眼睛都是红的）。

背景信息

所罗门的发展史、身体发育史和心理史都没有什么特别之处，他发展状况良好。更重要的是，来诊所以前，他从没有过任何的违法行为。“我几乎没有朋友。在这个社区有很多牙买加人，我有时候和他们在一起，但是大部分时间我是一个人待着。这就是我。他们喜欢经常聚会，吸毒什么的。他们也比我年轻，我真的不认识和我年龄相仿的人。”

所罗门在16岁时有了第一次性经历。“我真的不想，但是我的朋友都做过。如果我还想和他们在一起玩的话，我也得这么做。我们当时真的喝醉了。结束得很快，我们都没有体验到快乐。我们在沙滩上做爱，这是整个过程中唯一美好的记忆！我们都希望快点做完。”

所罗门在九年级时辍学，之后在一个施工现场工作。“当我很小的时候，爸爸就离开了我们。我的妈妈没有能力养活我们全家。于是我决定离开学校，打工挣钱。我跟着我的那些朋友，也卷入了毒品和犯罪，我妈妈把我抚养得还不错。我谎报年龄，在建筑业挣了不少钱。当时，越来越多的旅游者来到牙买加，因此急需旅店和公寓大厦。当然，也就需要有人来建啦！”

所罗门是四个孩子中最小的一个。“我的哥哥姐姐？都不太好。我最大的哥哥塞缪尔今年53岁。因为一宗与毒品有关的谋杀，现在他还待在监狱中。我的父亲为他四处活动，但是父亲很讨厌他。塞缪尔常被诅咒，并且被称为“可怖的人”。他从未结过婚。有一天他参与了一场交易，后来出事了。他说他是无辜的，但是我知道的确有人死了。有人指认是塞缪尔干的，他现在还关在牢里。感谢上帝，他从没有结婚也没有子女。我的妈妈也认为他是无辜的，但是她怀疑等到塞缪尔释放后，她可能将不在人间。

“我有两个姐姐：萨拉和艾莉森。萨拉今年48岁，有三个小孩，她是一个酒鬼！她总是在挥霍钱财！这真的很令人讨厌。她让她丈夫做所有的事情，她自己整天坐在家里饮朗姆酒，由她丈夫照料所有的事情。她吃得也多，所以她也很胖。她的小孩都离开了家或者来了美国，她时不时可以收到他们的来信。自从我有了自己的烦心事之后，我真的不知道他们现在都怎么样了。

“艾莉森非常厉害。她在牙买加经营一家旅店，很快就上手了。她是我们四个当中唯一完成学业的，她特别聪明。艾莉森今年44岁，还是一个美丽的单身女人。因为她的丈夫不喜欢和她一起竞争工作，她的婚姻就此结束。他们没有小孩。艾莉森现在仍在工作，没有任何的问题。我们一周大约联系一到两次。”

所罗门两年前遇到他的女朋友曼迪。“我们在我住处附近的公园相遇。我当时并不善交际，只是一个人看书。我看见曼迪，她是那么的绚丽夺目。我鼓足勇气走过去和她说话。之前有几个星期我都在公园看到过她，我想看看她有没有结婚或是有没有男朋友。她在公园从没有和其他男人在一起，她是单身

的。因此在我们聊了一会后，我就请她喝咖啡，之后是晚餐，很快我们就在一起。两年过得真快！我们相处得很好，或许这只是我的想法吧。她是一名接待员，她非常喜欢她的工作。她的老板也喜欢她。”

曼迪的女儿4岁。“曼迪从没有结过婚。她的前任男友让她怀了孕，她生下了这个孩子。她的女儿像个洋娃娃，很有趣。我经常照看她，我会去托儿所接她，然后带她去公园玩，还有好多事。她真的喜欢和我在一起吃麦当劳的开心乐园餐。因为我下班早，所以在曼迪回家前我们有许多时间待在一起。”

稍作简短的停顿，之后会有更多的信息。

思考题

1. 对于所罗门为什么来诊所，你感到惊讶吗？为什么？
2. 你觉得这像是个恋童癖的案例吗？你预期的恋童癖案例会包括什么呢？
3. 在这种情况下，所罗门的家庭史有怎样的重要性呢？
4. 治疗师对所罗门进行适当诊断前，他们需要哪些关键信息？
5. 考虑你是否决定让曼迪和她女儿参与治疗，并列出支持你的观点的理由。

评估与诊断

我们对所罗门进行了多方面的评估。他被介绍到我们的精神科医生那里进行鉴定。此外，在其律师的要求下，一位州立精神病监狱的精神科医生也对所罗门进行了鉴定。所罗门的律师对这位精神科医生很满意，我们也在诊断和确定治疗方案中使用了这位医生的鉴定结果。最后，我们和所罗门进行了一次非结构式诊断访谈。

所罗门的律师希望在所罗门的判决日期到来之前，鉴定已经完成，治疗也

在进行之中。这明显是个附加难题。因为所罗门的开庭日期尚未决定，我们无法让曼迪和她的女儿参与治疗。由于我们不知道这个故事的重要部分，这将会导致相当多的问题。我们想得到第一手的资料，但是曼迪拒绝过来，而我们又不能强迫她。更糟的是，曼迪的律师也告诉她不要和我们联系，不要和我们说话。所罗门的律师也不希望曼迪过来，因为他认为我们和曼迪的接触将会使我们对所罗门和他的处境产生错误的看法。在这样一种情况下，你还能做什么呢？基于我们自己的观点做出一个可靠的决定，这有可能吗？

随着我们和所罗门谈话的深入，更多的信息浮现出来。“那天晚上我喝得很多，我承认。我平常很少这样做的，但是那天上班不久，我就伤到了自己的背，痛得要命。一些同事叫我和他们一同出去喝酒，我答应了。我喝了很多。我真的不记得喝了多少，但是确实喝了几个小时。之后，我就坐上回家的公交车。回到家后，我和曼迪的女儿做着和平常一样的事情。为了挣更多的钱，曼迪在星期四的晚上会加班，所以每个星期四的晚上我都会哄着她女儿入睡。这天晚上也不例外。我不明白曼迪在说什么，说我对她女儿进行了性侵犯。简直是胡说！我的记录是清白的。我的工作记录也是清白的：从不违规、从不迟到、从不请假。你们可以去核查。”

对此，我们确实和所罗门的老板进行了核实。我们首先需要从所罗门那儿获得一份信息许可表，这可以允许我们同他的老板接触。我们也获得和警察交流的许可。我们发现了什么呢？

所罗门对我们讲的确实是实话。他的老板告诉我们，所罗门的工作记录具有榜样作用。事实上，“所罗门是我们最好、最努力的一个工人。我们需要解雇很多人，但是所罗门每天都在非常努力地工作。在今天这个时代，这是很可贵的。因为他并不能从他的工作中挣很多钱。”警察和所罗门的律师告诉我们，除了两次的违规停车罚单，所罗门之前没有任何的违法行为。所罗门也没有精神疾病或心理治疗的既往史。那么，这究竟是怎么回事呢？

我们进一步询问所罗门，这些问题都包括我们从外界获得的一些新信息。我们想看看所罗门的回答可不可以帮助我们理顺目前明显混乱的局面。“我的律师把我送到这个诊所，他想知道那天晚上我和曼迪的女儿到底发生了什么。对，我猜我喝醉了，至少我喝了很多。我的律师认为你应该看着我，看我是否是酒鬼，可我不是。他也希望你们来给我做出鉴定，这很好。我能接受这些。情况是这样的。”

“曼迪那天晚上也喝醉了，她几乎不能自己走上楼梯，说话含糊不清。后来她告诉我，她一直在‘等待一个机会对我的不忠诚进行报复’。这是什么意思？我不知道。我不忠诚？这要看你问的是谁，你是怎么定义不忠诚的了。我和其他人发生过性关系吗？绝对没有。我和其他女人一起吃过晚餐吗？是的，可是这又有什么错呢？曼迪认为我是个靠女人吃饭的家伙，简直是胡说八道。我的裤子始终穿在身上。我的眼睛里只有她，只是有时和一些从牙买加来的异性朋友一起聊聊天。我从没有做过任何伤害她女儿的事情。有什么快乐他妈的会让我对一个4岁的女孩做出什么事情来呢？曼迪完全是胡说。”

在我们的治疗期间，所罗门看上去是有能力的（意识到对他的悬而未决的指控，意识到他的行为后果），我们认为他能够在治疗中取得进展。他完全配合我们，和我们在一起非常愉快。所罗门被送去我们的精神科医生那里做鉴定。精神科医生的报告总结如下：“所罗门很多被压抑的愤怒和情绪将要在治疗中进行探讨。病人表现出酒精依赖、耐受性和失控的迹象。酒精的使用会对视觉（眼睛）带来可能的损害。病人否认对小孩进行性骚扰／性接触。病人说两年来他一直以此方式为她清理，这是她要求的，他希望在‘危险的公寓楼走廊’中看着她。病人的手指在过去可能偶然进入了女孩的阴道或肛门；病人对此不确定，说他对此的记忆不清楚。病人否认对女孩，小孩或未成年人有性的想法。否认从小孩如厕后替其清理中获得快感。初步诊断如下：

酒精依赖 303.90

恋童癖，针对女性的性吸引　　302.2

建议：对酒精依赖问题进行每周一次的个别治疗。致力于排除恋童癖。如有需要重新评估。

这份精神病学的评估非常重要。精神科医生告诉我们，对于所罗门是否被诊断为恋童癖，相关证据是不清楚的。他还告诉我们，尽我们最大的能力排除恋童癖是诊所的责任，他也提到我们需要收集更多的信息。

当所罗门进行下一次疗程时，他做了一些更有趣的陈述。“我永远不会伤害曼迪或是其他人。我不是那种人。我长期努力地工作，一直到我今天这个样子。我永远也不会伤害曼迪。当然，我们争吵过，但是没有动过手。然而，由于她现在的所作所为，我脑中充满了报复的想法。她试图毁了我的生活。”

所罗门同意接受所有的治疗协议，诊所认为这些治疗是必须的。他的律师明确地告诉我们：如果他不接受治疗的话，他就将被送到监狱，一直待到他的审判开庭。所以，所罗门接受所有的治疗协议也没有什么奇怪的。有时候，病人对进监狱的恐惧是最好的治疗动机，但是也可能不会严肃对待治疗。病人接受和维持治疗的目的是为了免于锒铛入狱，而不是解决问题或取得进步。

最重要的是，所罗门愿意检查他的饮酒模式。他一周参加三次酗酒者匿名协会的活动，给我们提供了一份出席单。在和我们治疗的整个过程中，他一直都保持着滴酒不沾。由于还没有宣判他有任何的罪行，所以他仍在工作。他远离曼迪，自然地，他仍然隐藏着对她的愤恨，后续治疗中我们对此进行了探讨。

我们向诊所督导汇报了所罗门在治疗中所取得的进步以及付出的努力。他召集诊所人员，告诉他们“目前对所罗门继续门诊治疗没有问题。为了保护每一个人，需要再次评估所罗门这个案例。”所罗门也告诉我们更多他的家庭背景，这使我们对他的状况有了更清楚的认识。

“我告诉过你们在我很小的时候父亲就离开了。我独自一人来到美国谋

生。我寄了许多钱回家给我的母亲，她病得很重。我想让她搬过来，但是所需的费用对于我来说，这件事几乎不可能。除了我之外，没有人伸以援手。我的父亲没有给家庭任何的东西，什么也没有。我一直希望娶曼迪，这样我就可以有一个继女。但是在这件事后，她是幸运的，因为我没有对她做任何可怕的事情。我告诉你们，在我的生活中，我从来没有伤害过女人或小孩。我见过我姐姐的小孩，我从没有虐待过他们。对于现在这件事，我真的不明白。”

我们询问所罗门关于饮酒和其他药物的使用情况，得到了一些令人惊讶的信息。“是的，有几次我喝了很多。我喝醉了，但是我总是坐公交车回家。你们看，我担心我的妈妈，我想家。我离开了我的国家和人民，离开了我的朋友。离我上次回家已经有段时间了，这对我来说很难承受。我靠喝酒来忘记，最近变得更糟。有时我停止不了。曼迪的问题对我没有什么帮助，就像母亲的健康问题没有帮助一样。现在真的很不好，除了工作。我从没吸过毒，以后也决不会。如果我这样做，首先我可能被解雇、驱逐出境，其次我可能在监狱里了此一生。一个吸毒的牙买加人被抓？你知道那会是怎样的结局，当然。”

在诊所的案例会诊中，所罗门的情况连同精神科医生的观点被广泛讨论。基于收集的所有信息，我们做出了以下诊断，与诊所精神科医生的诊断一致：

酒精依赖	303.90
恋童癖，针对女性的性吸引	302.2

病源理论

要诊断某人为恋童癖，一个必须的条件是：性幻想（对小男孩或是小女孩，或是两者）或是性行为（与小男孩或是小女孩，或两者）必须在至少六个月内反复多次发生。这与所罗门的情况不完全相符，何况所罗门的情况也不是很清楚。所罗门否认他对曼迪的女儿有性幻想。在治疗过程中，他经常声明这

点。他也曾激烈地向精神科医生否认过。所罗门的律师告诉我们，所罗门从没有过这样的想法。律师精心挑选的精神科医生也支持他。但是，曼迪四岁的女儿上完厕所后，所罗门仍然为她清理（擦屁股），这是令人费解的。所罗门告诉我们：自从两年前他和曼迪在一起，他就是这样做的。所以对于她女儿来说，这件事很正常，一直继续着。他也提到，当他为她清理的时候，手指可能会“不小心地”伸进小女孩的阴道或是肛门。关于这点，我们问过所罗门。他说意外总会发生的。“她是个会动的小东西；她还不能坐太久。意外就这样发生了。如果这很糟，那之前怎么没人说什么呢？”

正如你所看到的，没有任何反驳的证据，只有一个观点：明确地对所罗门做出恋童癖的诊断很难。这些事情确实很棘手（如果你相信你所看到的所罗门的情况，以及你下面将看到的），这还很不够。

恋童癖者并不是在操场或校园里游荡的“穿着雨衣的脏老头”这样的人物。事实上，他们一般是30多岁或40多岁，一般不会违反法律。在他们的社区或是工作场所，他们一般会受到尊敬。他们一般知道他们的罪行，或是通过家庭成员的朋友或是通过亲戚。这种行为在他们小的时候就有，直到恋童癖被发现，或是由于什么原因而结束了这种恋童行为。一个重要的事实是：不是所有的儿童骚扰者都是恋童癖。

因为我们不能确定是什么导致恋童癖，还有大多数其他性变态行为，所以在追踪发现恋童癖起源的过程中，会遇到许多“死胡同”。一个理论认为，这些具有性变态行为的人没有发展出足够的社会关系。这些个体不能和合适的人发展适当的社会关系。因此，他们尝试和这些人发展性关系。这样看来，这似乎和发展不合适的性关系有关（Marshall，1997）。

行为主义的观点相当有趣，也有一些价值。这个观点认为，性变态与个体早期性幻想的特性有关。例如，如果个体把性唤起和皮革或乳胶联系在一起，当个体性唤起的时候这些物体又重复出现眼前，那么这些中性物质就具有强化

的作用。研究者推广了这个概念。早期性幻想（和小女孩）也许和手淫引起的性唤起相配对。这样，性唤起和可能的性高潮就和性幻想联系在一起，而性唤起和性高潮又强化了性幻想。如此循环下去。

David Barlow（2002），著名的心理病理学家和研究者，最近提出一个有趣的病源理论。他假设：许多有性异常行为的个体有很强的、不寻常的性驱力。例如，这些男性中有些人可能会一天骚扰四次这么频繁。基于这些数据，他假设这可能和强迫观念相近，也许可能和强迫症有关（OCD）。因此，尝试压抑这种强迫观念的行为，事实上可能会增加其观念的强度和频率。这个相对新的观点有待于我们进一步的研究。

还有一个观点认为，这些人在儿童时期遭受过性虐待，这不是很罕见的。这些人现在可能尝试扭转这种情况。然而，在他们感觉到丢脸和危险之前，他们对小孩进行性虐待，以此获得权力感、统治感和控制感。

总而言之，关于恋童癖和其他性异常行为的病源理论我们了解得并不多。由于许多原因，对性异常行为的研究很难开展（正如你不久就会看到的，在寻找有效治疗模式的过程中，也会导致一些问题）。有性异常行为的人很少寻求专业帮助。这就是所罗门的“主动”找上门来为什么会令诊所人员惊讶的原因。正因为此，我们的大部分数据都是基于这样的个案研究设计，这在方法上就有明显的缺陷。没有对照组或对照被试的研究结果很难获得实证上的支持。总的来说，交互作用论（interactionist perspective）认为，性异常行为是遗传、生物、环境作用的组合。这看起来支持了大多数的假设。

治疗计划

这里的治疗目标很简单。首先，诊所决定通过个别疗法治疗所罗门的酒精依赖。如果可能的话，我们也需要排除恋童癖的诊断。我们首先集中于所罗门的饮酒问题。在律师的请求下，所罗门参加了酗酒者匿名协会的活动，并喜欢

上这些活动。“参加活动的人们是一个很好的团体。我在工作中以及住的地方认识了他们中的一些人。那些活动确实让我看清了我自己和酗酒问题。我认识到酗酒是如何导致我生活出现问题的，它如何开始控制我，以及如何把我引上了不归路。这些活动也是精神上的，这是我来到美国后就没有去做的事情。我开始上教堂做礼拜，以帮助自己在人际关系中找到一些方向和指导。我以前告诉过你们，现在还是那句话，自从逮捕后我从没有喝过一滴酒。我的律师告诉我的话和你们告诉我的话，我都听着。开始我真的疯了，对待自己像一个小孩。但是现在我是感激的。它导致我出现了糟糕的问题。糟糕的问题。”

所罗门对我们说，他自从治疗那天起就开始滴酒不沾。他在疗程中的行为也没有形成反驳的证据。我们相信他的声明。诊所正好有酒精测试仪，万一我们需要的话，可以测试一下所罗门。对于所罗门的酗酒，我们也问过所罗门的老板。他告诉我们“下班后，所罗门去参加聚会或是回家。我们很担心他，所以我会让其他人盯紧他，确保他保持清醒。他是个很正派的人。”坦率地讲，我们非常惊讶于老板对所罗门的同情和关心。因为之前他告诉我们，由于雇员的小错误和不谨慎，他在过去已解雇了很多人。

恋童癖是第二个关注点。这里的关键方面是DSM-IV-TR对恋童癖的诊断标准：这种行为必须在六个月内反复多次出现。所罗门曾提到一次，在这件控告事件之前，这种被怀疑的行为可能发生过。诊所人员对于其他之类事件发生的频率和背后的动机还不确定，他们需要很多的信息。由于所罗门的案件还悬而未决，所罗门听从他律师的建议，拒绝讨论这件事情。法庭指定的心理学家和精神科医生也正在对曼迪和她的女儿问话。我们也注意到：所罗门说在导致他逮捕的事情发生时，曼迪也喝得很醉。

随着治疗的进展，所罗门的庭审也越来越近。在讨论饮酒行为、害羞、社会孤立以及和曼迪糟糕的关系方面，所罗门取得了明显的进步。所罗门认识到“我需要把曼迪甩了，真的。她是个添麻烦的人，会毁掉我的生活。母亲叫我

甩了她，姐姐们也这么说。甚至我老板也这样告诉我。每个人都告诉我同一件事，因此我最好这样做。她很邪恶，是个骗子。”

我们详细地问过所罗门的性偏好，发现没有什么异常。“我喜欢成熟女人，就是这样。我不会看色情报刊，但是我看《花花公子》。除此之外，我是个正直保守的人。我永远不会把手指放在小孩身上，不会在性或其他方面伤害她。”离所罗门开庭的日子越来越近，他的律师也从曼迪的律师那儿收集到了关于她女儿的一些信息。我们一会儿将讨论这些。

一旦治疗开始，所罗门中断了和曼迪及其女儿的所有联系。“我真的不怀念这些。当然，我想念她的女儿。至于曼迪就无关紧要。既然我不能见曼迪，所以我将失去她的女儿。我必须这样，否则我会是令人厌恶的人。我看到了一直以来曼迪对我是如此的恼怒。我曾只在乎她一个人，没有其他女性朋友。这对只身在美国的我来说，非常艰难。所以现在哪里可以交朋友，我就会交上一些朋友。”

在庭审之前，所罗门的律师和我们见了一次面，来核对一些新的信息。那次会面的内容如下：“我和曼迪的律师见了面，想了解他们是否还打算将这个诉讼继续下去。结果是，曼迪的女儿对具体的情节没有什么记忆，而曼迪的记忆看上去也不清晰。曼迪承认那件事情发生时她喝醉了，这就会有损她的判断力和可信性。她也证实所罗门是在女儿的请求下，在她上完厕所后帮她女儿清理的。曼迪指出，这是不寻常的，但她的女儿上厕所时常出些意外，所以所罗门帮上了很大的忙。曼迪也告诉我们，所罗门会喝醉，而且有酗酒问题。但是当他喝醉时，他从没有伤害过她或她女儿。他经常回家就昏倒了。

“此外，在双方律师的要求下，一位专门负责儿童虐待的内科医生对曼迪的女儿进行了检查。这位医生不认识曼迪和她的女儿。这份检查结果不是决定性的。由于尚未判决，他也不能够透露任何的细节。在这个时候，曼迪和她的律师也都觉得没有必要去获得另外一种观点。”

基于以上所有信息，曼迪的律师说服她放弃指控和诉讼，只要从此曼迪和所罗门不再联系。所罗门和曼迪对此都表示同意（“我没有选择。要么同意，要么上法庭，然后坐20年的牢。我和一个母亲辩论？最后谁会赢呢？”）。由于曼迪现在很担心她的生活，所以在她的要求下，对所罗门发布了一条制止裁定（restraining order）。所罗门承认自己“比较刻薄，脾气也不好。但是正如我之前说的，我永远也不会伤害曼迪和她的女儿。”在治疗中，所罗门认识到，他对曼迪女儿表现出的行为是不能接受的，可能会被认为是有罪的，即便是曼迪或她女儿要求他这样做。“我现在意识到这点。我尝试着去帮助她们，我想成为一个绅士。我想证明给她们看，我可以成为一个好父亲。我现在仍这样认为。”

所罗门一直接受治疗直到我们离开诊所，这时他被转介到另一个治疗师那里。在最后的一份报告中，提到他仍会每周参加三次酗酒者匿名协会的活动，也刚刚庆祝过他的首个戒酒年。他每个星期仍会参加治疗，已经被转介到一个团体。在这个团体中，他可以谈论很多事情，包括他的酗酒问题。所罗门继续着同一份工作，他的新治疗师报告说，他仍保持“整洁和清醒。自从上次报告的那次事件后，所罗门再也没有儿童骚扰的诉讼。我们仍然相信，如果这件被怀疑的事情确实发生，那么这是一种失常，也是很糟的行为判断。因为所罗门第一次来见我们时，就表现出很糟的见识和判断力。由于此时我们不能肯定地排除‘恋童癖’的诊断，所以该诊断仍然保留。我们继续调查所罗门以及他以前和曼迪的行为。我们想了解他是否和曼迪或是其他未成年少女发生过其他事情。”

最后，在所罗门庆祝完他的首个戒酒年之后，他开始和安德里亚订婚。“我认识她有段时间了，她在工厂工作。我以前从没注意过她。有一天下班后，她邀我出去！她真得很讨人喜欢，是个很难得的一个女人。不用担心什么孩子，不用。她从不喝酒。她很虔诚，我们一起去教堂做礼拜。我和她的朋友处得很好。我无法形容我有多开心。有时候，你需要受些惊吓，这样才能够清醒过来弄明白一些事情。这就发生在我身上。我们一结婚就会远离这里。我需

要一个新的开始。”

对于恋童癖和其他性异常行为有很多可能的治疗模式。行为疗法经常使用厌恶条件作用（aversive conditioning），这在治疗性异常行为方面已经取得了一些成功。然而，厌恶条件作用涉及到一定的痛苦，这在治疗领域引起了争议。这是如何起作用的呢？在恋童癖患者身上导致性唤起的刺激（例如小孩的内裤或鞋子）将和一个厌恶刺激例如电击一起成对出现。然后刺激不久将获得厌恶特性，这样患者就会逃避它。问题是厌恶条件作用不会导致新的或适应性行为的获得，而只会导致逃避行为。

精神分析理论家将通过长期的分析来治疗性异常行为者。他们通常把性异常行为看成是未解决的阉割焦虑（castration anxiety）和生殖器阶段（phallic stage）未解决的俄狄浦斯情结（恋母情结）的后果。性交——阴茎消失在阴道里——被认为是一种阉割。这以潜意识的方式出现。通过把性唤起转移到更安全的地方：孩子、动物、皮革等上面，个体就补偿了这种恐惧。这是个很有意思的观点，但是却没有证据对其进行支持。

正如前面提到的，对性异常行为使用行为治疗的有效性被证明是最强的。但是，还存在缺乏非个案研究的实验设计，以及缺乏控制组这些问题。除此之外，一些研究的结果基于自我报告，这很可能会带来偏差。最后一个关注点是，性异常行为看上去是长期的、慢性的，除了厌恶条件作用和化学阉割【注】（chemical castration）之外，对其他治疗方法的反应不是很好，而且可能会复发。

什么药物疗法可以用来治疗恋童癖呢？例如狄波－普维拉（醋酸甲羟孕酮，又称DepoProvera；或是醋酸甲基乙酸氧化黄体脂酮，Provera；甲羟孕酮，medroxyprogesterone）这样的荷尔蒙药剂已经成功用在性侵犯的惯犯身上。一

【注】化学阉割：对患者进行化学治疗，减少他们的雄性荷尔蒙，从而达到让他们失去性欲的目的，让他们无力再进行性侵犯。这种方法就是“化学阉割”法。——编者注

般来说，这些药物可以减少睾酮（testosterone）水平，也可以减少性驱力。当恋童癖的性驱力不可控、变得危险时，就应该使用醋酸甲羟孕酮注射液，而所罗门的情况不需要。像色普龙（Androcur，又称环丙孕酮，又称cyproterone）这类的抗雄激素药剂会通过减少雄激素水平来减少性欲和性幻想。然而，药物一经停用，性幻想和性唤起又会恢复。探讨“化学阉割”时就会使用色普龙。一旦停用这些药物，症状的复发是相当普遍的。因此，恋童癖需要长期的治疗和管理。最后，如果长期使用这些药物来治疗恋童癖，就可能会有患肝病或肝癌的危险（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。

预后

所罗门的预后被评为“一般”。这看上去太苛刻了吗？让我们来看看原因。首先，诊所认为所罗门的控制冲动能力比较差。例如，他有愤怒控制问题，当他第一次治疗时，他的判断力也很糟糕。这些问题都很难治疗。一旦所罗门和他的未婚妻或是他们以后的孩子有严重的冲突，将会发生什么呢？谁敢说所罗门糟糕的判断力过去这几年里已经明显提高了呢？

另外，所罗门还有酒精依赖。即使在康复期间，他的酒精依赖也可能在压力情境下复发，所以我们认为预后为一般是有道理的。

所罗门的案例提供了一个很好的说明：对恋童癖下决定性的诊断是怎样的困难。所罗门的案例也说明临床医生会对诊断、治疗计划等有不同的意见。就像上面所看到的，当诊断信息不够充分时，试图去对该案件进行诊断，经常会导致一些混乱。

女性性高潮障碍

艾米丽的案例：打破性爱屏障

问题呈现

艾米丽是一位45岁的白人女性，出生于中产阶级，从小在市郊长大，最近她搬到市内。艾米丽和乔结婚12年，没有小孩。“并不是我们不想要小孩，好像是我们生不了孩子。”艾米丽是独生女，由父亲抚养长大。“我的母亲在我5岁时去世，这对我影响很大。我的爸爸努力工作并抚养我，在我14岁的时候他还是再婚了。但是我从不喜欢我的继母，所以我只认为是我爸爸抚养了我。”

艾米丽穿得很好，黑色的职业套装、低跟鞋和开襟羊毛衫。除了结婚戒指和一款Movado手表，她没有佩戴其他的首饰。艾米丽中等身材，身高165cm。她没有戴眼镜，但是我们让她填表或阅读什么材料之类的时候，她都会半眯着眼看。她可以和我们进行很好的目光接触，但是情感平淡。在治疗中有时她的声音会变得嘶哑，但却没有怎么哭泣。

艾米丽很多年都没有治疗，所以我们很好奇是什么让她来这里见我们的。“其实这真的很简单。我没有任何性欲了……不论是口部的，还是阴道的。这种情形有几年了……我想是两年吧。因为我很爱乔，所以还是会和他例行房事。我只是不能像以前一样有性冲动。乔知道，但是他太礼貌所以 不会大吵大闹。刚结婚时，我们也曾疯狂过。我不明白现在怎么会这样。我去我的妇产科医生和我的主治医生那里检查，他们都说我的身体很好。可这有什么用呢。我

知道我的荷尔蒙有些不对劲。妇产科医生建议我去看心理医生，因为他怀疑这可能是心理问题。我猜他是相信弗洛伊德学说的人！（大笑）我读过弗洛伊德的书，因此我认为他的话有道理。不管怎么样，这就是我来这里的原因，来看看我头脑中是否有这些性问题。乔也很想知道，我们都希望目前的状况有所好转。”艾米丽如实地讲述这些信息，在这过程中几乎没有任何情绪。

背景信息

艾米丽从一所很著名的大学获得MBA学位，现在是位会计师。“我们在报税期间特别忙。好几个星期都要全力投入，这就是我的工作。乔不会生气，我们需要两份收入来维持我们想要的生活。”这些包括每年的乘船游览和欧洲之旅。“我们的亲戚都住在欧洲，所以只要我们有时间，就会去看他们。我祖母今年90岁，她是大屠杀的幸存者，现住在维也纳。由于她记性越来越差，我们现在看望她的次数更多了。她是我唯一亲近的亲戚。”

我们向艾米丽询问乔的情况。“他是我亲密的爱人。但是像所有男人一样，有一些事他也不理解。例如，我的需要。我需要工作、隐私、休息、爱，类似这样的事。乔是一个办公室职员。我们的工作地方离得很近，所以我们每天都是一起去上班。这很奇怪，但是自从我们结婚后，我们就真的没有分开过。也许这就是问题的部分原因吧（大笑）！”乔获得文学学士的学位。“但他说这个没用，他找了现在这份工作，慢慢地升到今天这个职位。他赚的钱很多，也很快乐。”

艾米丽说她很晚才学会说话。“我3岁左右才开始说话，这已经非常晚了。看看现在的我，都不能让我闭上嘴啦！妈妈死后，我也曾非常的抑郁，我不想理任何人。”她父亲很担心她，带她去看过心理医生和精神科医生。记住：在美国发展最快的心理障碍之一就是儿童抑郁症（childhood depression）。相信小孩不会得抑郁症是很危险的谬论。

"6岁时，我被诊断为抑郁症，治疗了五年。我的学习成绩还可以，但是我没有朋友。放学后我就一个人回家，看电视，然后睡觉。因为我从不会吃很多，所以很瘦。因为这些，我认为我十几岁的时候就有问题。"艾米丽的发展状况良好。

艾米丽在学校确实很优秀。高中时，她的成绩大都是B。在大学里她做得更好，毕业时获得特级优等生（Magna Cum Laude）[注]称号，并被邀请加入ΨBK联谊会。因为"我喜欢数字和钱"，所以她选择了经济专业。

有一年的春假，艾米丽在墨西哥的坎昆（Cancun）遇到乔。他们在美国的同一地区上学，一直到毕业他们还保持着联系。"这真是好事多磨。我们也遇到过其他人，但是我们真的彼此吸引。当我遇见乔时，我还是一个处女。我要为婚姻保存完整的自己。这种想法真让人震惊！你可能感到惊讶，这是因为父亲对我要求非常严格，不允许我做什么出轨的事。"毕业后，艾米丽继续就读MBA，乔在她大学附近找工作。他找到工作后，他们就有了"正常的、亲密的恋爱关系。乔说，等我毕业找到工作后，我们就订婚。他是一个说到做到的人。"

艾米丽的婚礼非常有趣。"我父亲当然要把我交付出去。由于我和继母一点也不亲近，所以我真的不希望她出现在婚礼现场。她总是试图在我十几岁的时候告诉我，要做哪些事情。我非常反感。她永远不能取代我的母亲，也永远不能成为我的母亲。当然父亲不能和她一起出席，所以她和客人坐在一起，而没有出现在婚宴上。我爸爸说他理解，即使他为婚礼出了钱，但是这是我的决定，我必须容忍。这并没有让我有什么烦扰的。我只是不喜欢那个女人。我的爸爸和继母一起坐在婚宴上，她出现在一些照片里。这令人很不舒服。乔置身度外，因为他不希望闹得不愉快。那个女人总是设法插手我的生活。"

【注】美国大学在毕业典礼上会颁发3级优等生称号：在学校排名的top1%叫summa cum laude（最特级优等生），top 2～4%叫magna cum laude（特级优等生），top 5%～12%叫cum laude（优等生）。——编者注

我们向艾米丽询问生孩子的事。“嗯，我们一直在尝试，但是从来没有怀上过。要发生的事情就会发生的。我们没有钱去履行收养的各种手续，我们想知道我们孩子的情况。这是不是很残忍？我知道有些五十多岁的女性还怀着孕。乔今年48，他还不是太老。我们两个都想要孩子，但就是没有。就像我所说的，我的身体很正常，但是有些地方出问题了。我们所有的好朋友都有小孩了，这对我们来说情况很糟。我猜他们认为我们自私或想法反常。”

按照艾米丽所说的，乔一个星期工作40～50个小时。“如果我不在家，他会回家准备晚餐，读报看电视。”他们俩都喜欢用电脑，在网上冲浪。两个人都在家的时候，他们彼此聊天的时间并不多。但是睡觉前他们习惯聊一会。“周末我们经常会去看电影或展览，一起下馆子，星期天则呆在家里。如果天气好的话，我们会去骑脚踏车。”

直到现在，没有什么看上去不对劲的地方；然而，在很多情况下，不要被表面现象所欺骗。

思考题

1. 艾米丽的母亲死后，她变得抑郁吗？为什么？
2. 解释你对儿童是否会抑郁的看法。
3. 如果你是艾米丽的治疗师，下一步你会采取什么措施呢？
4. 讨论你是否相信艾米丽真的想要孩子。

评估与诊断

我们对艾米丽进行了一次非结构式诊断访谈，一次精神病学评估以及一次全面的体检，以此获得更全面的信息。我们很清楚发生了什么，但是我们需要更多的信息来支持我们的假设。在阅读完她的回答后，看看你想到了什么。我们问艾米丽，自从她失去性欲之后，她和乔有没有发生什么改变。

"这取决于你想问什么。我很爱乔，但是过去一些年他的身体会有情不自禁的反应。他曾经很努力地锻炼身体，现在他基本上都放弃了。我不知道为什么会这样。就我来说，我觉得没有什么不正常的地方。我只是没有性欲。我甚至都没有想过背叛他，所以这和他无关。"

接下来，我们询问艾米丽是否手淫，或是否有手淫的欲望。"事实上，两者都有。我一个星期大概手淫4次，我经常有这个欲望。这就是我来这里的主要原因之一。这没什么意思。我喜欢让自己快乐，但是却没有从乔或是其他男人那里得到快乐的欲望。我想我可能是双性恋或是同性恋，但是我从没有想过和一个女人亲热。对此，我一点欲望也没有。我想乔可能希望我去做，但是这个永远也不会发生。"

嗯，这的确很有趣。这个难题变得更令人迷惑了。我们问艾米丽她在手淫时是否达到性高潮，以及做爱时是否达到性高潮。"嗯，有时候手淫会达到性高潮，但是最近没有。和乔的话，如果我曾经有过性高潮，我也不记得最后一次是什么时候。我真的不知道性高潮意味着什么。当然，和乔做爱时很明显——他会射精。我听过女性性高潮之类的说法，但是地面没有震动，我也没有射精，没有什么事情发生。因此我猜想不是发生在最近和乔一起做爱的时候。就我自己而言，我有时候会颤抖，有一种很美妙的快感，这就是了。这足够好了吗？听起来不像是我的性高潮。"

嗯。我们现在有了一些新的重要信息可以分析了。对于寻求治疗的女性而言，对性最普遍的抱怨是，她们不能达到性高潮。根据一项研究，被调查的女性中有25%在达到性高潮方面有很大困难（Heiman，2000）。另外，更早的一项研究发现，在正常的基础上，只有50%的女性在性交过程中可以达到性高潮（LoPiccolo & Stock，1987）。看来，前一项研究结果符合艾米丽的情况。然而，艾米丽可能生理上就无法达到性高潮。很难达到性高潮和生理上无法达到性高潮这两者有明显不同。如果艾米丽是后者的情况，那么我们需要更多的信

息。我们让艾米丽去做体检，以获得身体检查结果。

拿到结果之后，发现情况并没有发生改变：除了高血压，其他一切正常，包括荷尔蒙在内。“当我拿到这个结果后，我感到很挫败。我曾确信身体的某些问题导致了我现在的这种情况。那么下一步该怎么办呢？”艾米丽皱着眉，看上去不知所措。

然后，我们让她去做精神病学评估，特别想知道她是否患有抑郁。精神科医生的报告总体如下，“艾米丽最多是轻度抑郁，这可能是无法达到性高潮和性欲缺乏的反应。基于她的身体检查和心理评估，艾米丽的诊断如下：

性欲不足障碍，习得型，
情境型，由于心理因素　　302.71

女性性高潮障碍，习得型，
情境型，由于心理因素　　302.73
目前没有其他的精神病学状况。”

这样开来，实际上是心理因素在起作用。我们接着问了艾米丽一些问题，事情慢慢地明朗化了。我们首先问有关她的成长经历。她开始回答时闭上了眼睛，好像正在回顾过去。“我说过我父亲很严格。直到16岁，我才被允许约会。如果我被看到在做什么事情——不管什么事情——我都必须回答他。我知道父亲们对他们的女儿都很严，但是这太过分啦。我们也很虔诚。父亲教导我：女人的归宿是家庭，是生小孩。我当然不相信这个，但是我是听着这些话长大的。他也会教导我说要为婚姻保存一个纯洁完整的自己，我也这样做了。在学校里我和其他人从来没有玩真的。亲吻不代表什么。

“上大学那会，我上过性教育的课，但很多次课我都没有去上。我觉得上课的内容让我很尴尬，尤其是解剖学部分。有些东西，特别是关于女性生理构造，很无聊，都是假的。我知道阴茎，我也知道我的生理结构。我所学到的就

是‘快感不是女性在性活动中的目标’。”不管你信不信，一些受过高等教育的聪明人缺乏生理结构和性的基本知识。在现代社会，自我检查能够让癌症和性传播疾病之类的生理疾病尽快发现，因此非常关键。这种基本知识的缺乏是很危险的。接下来，我们将讨论艾米丽的工作负荷。

“嗯，就像我说的，我们有特别忙的时候，也有比较闲的时候。然而，因为我表现出对公司的极度忠诚，大概去年的时候他们一直在谈论让我成为公司合伙人的事。坦率地说，他们很满意我能够长时间加班以及我们没有小孩需要操心。这才使得我能够长时间加班。所以，现在我即将获得一个很大的提升，这会进一步提高我们的生活质量。乔对此很高兴，但是他想要小孩，所以他对我的提升并不欣喜若狂，而放弃我们的生活方式也很难。”

然后，我们询问乔是否手淫。“是的，我一点也不介意，男人都会那样做的。他一周大约3次手淫到性高潮，有时候我在场，有时候我不在场。这对他来说很好。他从不对我的性欲缺乏说些什么。有时候他和我在一起全力做爱时，我只是躺在那里让他快乐。尽管这对我没什么用。”

现在我们来总结到目前为止我们所拥有的信息。艾米丽看上去轻度抑郁。她几乎没有和乔做爱的欲望，但是她会手淫。她努力工作，期待提升，认为提升是基于她没有小孩。她不确定什么是性高潮，她在父亲严厉的管教下长大（有人会说这是性压抑）。这样，艾米丽就可能患有抑郁、性欲障碍，或是性高潮障碍。

艾米丽的年龄还没有到绝经期。如果她真的开始绝经了，但是她的内科医生也没有提到这件事，所以我们可以认为她还在继续排卵。她的生活是很紧张和忙碌的。当她还是孩子的时候，母亲形象长时间地缺失在她的世界里。父亲对她过分保护，看起来她仍没有忘记父亲的保护。曾遭受的儿童抑郁症也导致了她成长的艰辛。

乔看上去是善解人意的，也许有点过。他不乐意参加咨询，因为他很“满意”目前的婚姻状况。乔通过电话告诉我们，他只是希望“艾米丽能够开心，所以我支持她治疗。我想要孩子，艾米丽说她也想要，但是这可能会妨碍她眼中的重大提升。”这样艾米丽可能会害怕怀孕。对于下一步该如何进行，你有什么想法吗？

我们问艾米丽关于饮酒和吸毒情况。“我一周大概喝酒1～2次，就是晚餐时会喝一杯葡萄酒。偶然我们也会喝啤酒；一边吃着泰国菜一边喝着啤酒的感觉特别好，我们很喜欢这样。自从上大学来，我就没有吸过毒，不过有几次吸过大麻。我只喝葡萄酒，这对我来说很平常。”

我们感觉好像已经有了足够多的信息对艾米丽做出初步诊断。诊所人员在一次案例会诊中，同意了精神科医生对艾米丽的诊断。下面又再次列出，看看你是否同意，并思考一下为什么。也许看完了艾米丽的案例之后，你的看法会有所改变：

性欲不足障碍，习得型，
情境型，由于心理因素　　302.71

女性性高潮障碍，获得型，
情境型，由于心理因素　　302.73

病源理论

和先前讨论和即将讨论的大多数障碍不同，性功能障碍的病源学更容易明确指出。在一些情况下，生理因素和心理因素共同导致症状的产生，但并不是总是这样的。但至少当我们给个体做诊断时，这可以为我们提供指导。

有很多生理因素导致性功能障碍，比如这个案例中的性欲不足和女性性高潮障碍。例如糖尿病之类的疾病可能会造成生殖器（尤指外阴部）的神经伤害

和神经隔阻，这样就会导致敏感性下降，因此就很难达到性高潮。比如慢性疲劳综合症（chronic fatigue syndrome）之类的其他障碍可能会让个体很疲惫，以至于他们几乎没有性欲（缺乏能量），对于其他事情也没有兴趣。慢性疾病，如高血压和心脏病之类的也可能导致性功能障碍。个体可能对性唤起和性高潮感到很有压力，从而达不到性高潮。他们害怕这会导致中风或是心脏病发作。

处方药会减少性欲，并导致另外的问题。抗抑郁药尤其是SSRIs，会降低性欲、导致性唤起困难（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。三环类抗抑郁药（这些药物早期分类为具有更多副作用的产品）可能也会破坏性欲和性唤起。那么酒精呢？

最奇怪的是，尽管酒精降低了抑制水平、放松了社会约束，但是由于它是中枢神经系统镇静剂，事实上它会影响性活动的程度。也就是，你心理上很渴望性，可是生理上却做不了那么多。慢性酒精依赖会伤害肝脏和神经系统，对男人和女人来说都会导致生育问题。酒精依赖的男性其生育问题可能和早泄增多有关。可卡因和大麻之类的违法物质一直被认为可以增加性欲和性活动。可卡因是麻醉剂，会推迟射精，其在生理上增强性欲的能力很令人怀疑。

心理因素也影响性功能障碍。就如我们在艾米丽案例中看到的，在养育小孩方面，她至少是不确定的，而至多是不乐意的。因为害怕怀孕，这可能会在潜意识里妨碍她和乔享受性生活或是追求性。如果她喜欢做爱，那么她很可能会重复这些行为，这样她就很有可能会怀孕。相信弗洛伊德学说的人会把焦点集中在未解决的阴茎羡慕（penis envy）上，他们认为这导致了对乔的敌意。在这个案例中，艾米丽固着在生殖器阶段，因为乔有阴茎，所以通过不允许阴蒂带给她快感来惩罚乔。她也不能克服阴茎羡慕，跨越生殖器阶段，从而变得成熟。这里所发生的就是艾米丽不能把她的性爱从阴蒂转移到她的阴道，这样就阻止了性爱过程中的性高潮（Kaplan，1974）。你可能也能预测到，这种观点几乎没有什么研究支持。

表现焦虑（performance anxiety）也会影响女性。如果没有达到性高潮，女性就可能会觉得自己没有吸引力或是“不完整”，这样就给她自己施加更多的压力来达到性高潮，从而会增加她的焦虑水平。她也可能陷于消极思维中，如“我不能那样放松；我看上去很蠢。”当艾米丽说“性对女人来说，只是生小孩而不是享受”的时候，你也可以听到类似的情绪。

阿尔伯特·埃利斯（Albert Ellis）的认知观点对性功能障碍的病源学和治疗很有用。埃利斯认为非理性信念和态度可能会导致性功能障碍。例如，艾米丽可能会对自己说，“如果我一直不能享受性，对我的丈夫总是没有性欲，那么我是一个不称职的女人。如果我有一点超重，那么我就像驼鹿（产于北美的一种大鹿）一样肥。”等等。换句话说，因为每次期待完美，艾米丽和其他人就总是失败。

最后，我们将看看文化和社会方面的病源理论。研究者一致认为，早期的性创伤经历会对后来的性功能和行为产生消极的影响。例如，如果一位女性是强迫性交、约会强奸的受害者，或是早期生活中遭受一位男性的骚扰，那么她以后就可能对性接触抱有消极的观点。更明显的原因也很简单：伴侣也许在身体上或情感上不再对个体有性吸引。对于喜爱自己的伴侣来说，向他们表达这点并不容易，因此一般个体会选择沉默。即使被喜爱的个体仍然被其伴侣所吸引，还是可能存在沟通问题。也许乔的性技巧很糟糕，这样就不能唤起艾米丽。因为他的技巧可能很差，艾米丽不能被性唤起，最后发展成了她的性欲障碍。

就像我们从艾米丽案例中看到的，她在母爱的缺失下长大，这也会导致一些问题。甚至在今天，还有女性可能在性是肮脏的、性不意味着享受这样的信念下抚养长大。他们被教导顺从，就像艾米丽一样。她们也许渴望赢回权力，所以她们抑制自己的快感和性高潮，从而接着抑制她们伴侣的快感和性高潮。

大多数临床治疗师都认为性功能障碍是受生理因素和心理因素共同影响的。许多案例是由于心理因素导致的，但是在进行治疗前，治疗师需要排除任

何潜在的生理原因。也许有一些人具有患上性功能障碍的易感性体质，而心理因素与之相互影响，最终出现了障碍。

治疗计划

我们按照适当的治疗模式给艾米丽建立治疗计划。我们和她访谈，给出了精神病学的评估。我们也让她去做体检以排除生理原因。最后，我们评估她是否具有其他心理病理症状，而不仅局限于性障碍（Wiegel，Wincze，& Barlow，2001）。

理想的治疗计划是夫妻治疗，但是由于乔一开始就拒绝过来，我们只有求助于其他方法。在艾米丽的个别治疗中，我们使用了认知行为疗法，布置家庭作业，和读书疗法。即，我们对艾米丽进行了大量的性教育和一般的教育（Bach，Wincze，& Barlow，2001）。在我们检查艾米丽的进展和诊断是否正确以前，先来看看下面的一些注意事项。

首先，当一位女性病人有性方面的问题（尤其当她是性虐待的受害者时）时，治疗师应该是女性。这是一些临床治疗师更喜欢的方式。就此（哪种情况更合适）我们问过艾米丽。她告诉我们，和我们讨论“隐私的”事情没有什么问题。其次，家庭作业的布置是行为治疗的一些典型成分。在治疗性功能障碍时，家庭作业是一个很好的实践。目的是要实践所讨论的技巧，报告感受和问题等等。Masters和Johnson（1970）首先提出这些技巧可以促进伴侣之间的沟通。设想某个作业的目标就是快感！

和以前相比，读书疗法被用来帮助治疗更多的问题。读书疗法就像它所听起来的那样：治疗师给病人指定书籍，让其自己去看。这对治疗性障碍尤其有用。由于很多书不是基于事实而是面向大众的流行书，只是为了卖钱设计得很漂亮，所以在选择书籍的时候要谨慎。我们要求艾米丽阅读《新男性性特征》（*The New Male Sexuality*，Zilbergeld，1999），《为了你自己：女性性欲的实

现》（*For yourself: The fulfillment of female sexuality*，Barbach，2000）。治疗师都认为这些书和作者是这个领域中最好的。这些作者不会太“临床”，因此所写的书就容易阅读。一些专家也会给患者“指定”成人电影和性具，我们不使用这些，因为这些看起来会令艾米丽很困扰。

我们要求艾米丽写日记，并注明她什么时候有性欲、什么时候手淫以及在手淫时她的所思所想，以及什么时候她认为自己有性高潮。结果至少可以说是令人惊讶的。艾米丽和我们一起讨论她的家庭作业和读书作业的结果。

“真有意思，因为我注意到当我和乔睡在一起时，我会有一点‘兴奋’，但是这结束得很快。当我独自淋浴或是在晚上乔上床前独自一个人时，我的性欲更强。当我一个人的时候，欲望总是最强烈的，但是我也很高兴现在和乔睡在一起时会有一些欲望。我经常在深夜或是早上淋浴时手淫。我以前从没意识到我对过去的想法，但是我幻想着我们刚结婚的头几个月。那时候的性是独特的、令人惊讶的。当我手淫时，我没有幻想过其他任何人，只是幻想着那头几个月。（笑）我们是欲火中烧的夫妻，总是紧紧拥抱在一起！我也总是幻想再次和乔陷入情网，然后我就特别兴奋，全身颤抖、打着寒战。我的身体摇晃不已。这听上去好像我达到性高潮了，但是我不知道。”

基于这个信息，我们集中在艾米丽的性欲、性欲时间以及她看上去能够有性高潮而不能真正体验这个事实。随着治疗的进展，我们发现她确实“害怕怀孕和养小孩。我努力工作保持体形，这也是原因之一。我可能不能升职，我们将不得不改变生活方式。我的朋友也告诉我很多关于怀孕的可怕故事，以至于我不想经历这件事。我会是一个老妈妈，要忍受很多苦痛，生下一个‘唐氏综合症’【注】的孩子会让我疯掉的。我真的不能处理所有这些事。最重要的是，

【注】又称蒙古症，俗称先天性痴呆。由于此症首先为英籍医生评述，此外患者的外貌又酷似西方人心目中的东方人，因而得名。它是最常见的一种染色体疾病，大约每750个新生儿就会患有一个唐氏综合症。——编者注

我不想死得很早，让我孩子经历我以前所经历的事。”

我们和艾米丽一起讨论这些问题。她开始认识到，她不需要控制生活中的每件事，这种想法给她造成很大的麻烦。性高潮困难的女性有时害怕“放松”，害怕放弃控制，这在性高潮时经常发生（肌肉的收缩是自然发生的）。她也意识到她对怀孕的许多担心是荒谬的，没有基础的。艾米丽决定和我们以及她的妇产科医生，更重要的是和乔一起讨论这些担忧。“乔真的不在乎我怀孕是否会毁了我的升职。他只是想让我开心，坦率地说，我在内心深处希望有个小孩。”当艾米丽承认这点时，她看上去非常吃惊。

我们讨论艾米丽母亲的去世，艾米丽意识到这仍旧影响着她。“我以为如今我可以摆脱了这件事。差不多40年了，我想我还是没有忘记。让一个人意识到这样的事情，这真令人惊讶。”艾米丽告诉我们她母亲在她出生后不久，就被诊断为癌症。她父亲“说这是终点，如果时光倒流，结果还是一样。她是个烟鬼，所以实际上是她自己招来癌症的。要是她知道……”艾米丽学会不再为母亲的死而感到内疚。更重要的是，伤心是可以的，但是不要让这种情况控制她以后的生活。

最后，我们告诉艾米丽治疗她性障碍的最好方法是（注意这里的唯一性）让乔过来参加几次疗程。艾米丽做了一些说服工作，乔最终还是来了，但是很勉强。此时艾米丽的个别治疗已经结束。我们也增加了一名女性治疗师，一些专业人士在做性治疗的时候已经这样实践过。治疗师给艾米丽和乔讲授Masters和Johnson所倡导的感觉集中技术（sensate focus techniques）。简单的说，感觉集中技术允许夫妻在没有性交的条件下，关注于彼此的性快感；每个成员一定要集中在他／她自己的快感上，而不是伴侣的。Masters和Johnson（以及Zilbergeld）认为，集中关注于性交和性快感是许多性功能障碍的首要原因。还有一个目的是增强交流，这是乔和艾米丽需要努力的。感觉集中技术是一种行为治疗技术，将持续8～12次疗程。

在治疗后期，艾米丽和乔交流得很好，决定继续做夫妻治疗。“我们意识到我的性问题是其他问题的核心，所以我们还需要多待一些时间以解决这个问题。”他们讨论艾米丽对怀孕的害怕，和她提升相关的种种事情，以及乔停止了很久的锻炼。随着治疗的进一步发展，艾米丽和乔已经掌握感觉集中技术。艾米丽学到如何放松尖叫，在一次疗程快结束的时候告诉我们关于她的消息。

“我终于有性高潮啦！这好像在我的生活中从没有经历过。乔吓呆了，因为他从没见过我那样。我如此高兴，以至于不能停止喊叫。当一切发生时，我感到如此放松。就好像从我身体里去除了很重很重的东西。乔用那正确的方式抚摸我，我闭上眼睛，浑身颤抖，于是就发生了。我不敢相信这些年我所失去的东西。还好乔一直在那里和我分享。这让我们比以前更亲密，因为乔曾因我的困境责备他自己。”

乔和艾米丽继续夫妻治疗，最后转介到夫妻团体中。他们仍然存在交流问题，以及和工作相关的问题，但是他们在治疗中设法解决大多数问题。最后乔和艾米丽在两年后结束治疗，并告诉我们他们的未来计划。“我得到了提升，你知道吗？有没有小孩和这个没有关系。我知道这个，是因为我问了，我的老板说我简直太傻了。为了庆祝，乔和我决定去乘船游览，开始尝试怀孕。直到现在我们都没有运气怀上，但是我们会继续努力。我对乔充满感激。在我疯狂的日子里，他没有离开我，这真令人惊叹。我也和父亲进行了更多交流，感谢他独自把我抚养成人。当我告诉他这些时，他哭了。”就像你看到的，有时候呈现的问题比看到的更多。

对于艾米丽最开始呈现的障碍，没有对症的典型药物。在过去，也曾对男性和女性都使用过像西班牙苍蝇丸（Spanish Fly）之类的虚假春药，然而，这种东西没有医学价值，只是起到安慰剂的作用。人们也会用酒精来增强性欲和放松约束。酒精，因为它是中枢神经系统镇静剂，而且事实上它是一种药，通过延迟人的反应时间和推理来放松约束。然而，它却很少被“指定”为性障碍

治疗的处方。为什么呢？与流行观念相反的是，酒精降低了人的性能力，不论是维持勃起（或是促进勃起），还是增强阴道湿润方面都没有什么益处。当人们认为它们很强有力时，事实上恰恰相反！

如前所述，治疗艾米丽问题的最好方式就是教育、感觉集中技术、沟通技术和行为矫正技术。对于性功能障碍的治疗一般有很高的成功率，尤其是如果患者有很强的动机要求好转，并持续进行治疗时，效果更明显。

在我们结束这部分之前，我们应该很简短地提到伟哥（Viagra，又称枸橼酸西地那非，sildenafil citrate）。伟哥不会直接促成勃起，但是会积极影响阴茎对性刺激的反应（Fuller & Sajatovic，2000）。因此，伟哥并没有增加男性的欲望，取而代之的是矫正"机制"困难。女性的伟哥，女用涂抹威而膏（Viacreme），被称为自然化合物。但是，它的临床效用值得怀疑。

预后

艾米丽的预后被评为"良好"。她对自己的问题有很好的理解，而且乐意和她自己、她的过去、她的丈夫一起解决她的问题，这并不简单。艾米丽开始拒绝承认她的问题可能是心理的，但是当后来证明是心理问题的时候，她敢于面对她的问题，并且让乔参与治疗。她最终能够放弃一些对生活的控制，在治疗中进展非常迅速。艾米丽有乔的完全支持，这将会促进她的恢复，也会让这种恢复更易保持。我们预计艾米丽的问题不会复发，但是如果复发，她知道自己该如何面对。

复习和思考题

所罗门

1. 为了让所罗门被判有罪的可能性更小，他的律师鼓励诊所对所罗门诊断为物质滥用的可能性是多少？
2. 如果治疗一个被指控为儿童性骚扰的人，你会有什么感受？你能够保持公平的态度吗？为什么？
3. 所罗门看上去像电视里和新闻里的恋童癖吗？换句话说，你认为的恋童癖是这样的吗？
4. 讨论你为什么要努力收集所罗门父亲的信息。
5. 如果允许曼迪参加，那么结果和治疗会是有怎样的不同？
6. 讨论所罗门的事件是否会再次发生，为什么？

艾米丽

1. 艾米丽的性欲和无法达到性高潮确实是心理问题导致的，这可能吗？为什么？
2. 如果女用涂抹威而膏被证明有临床效用，你是否会把它开处方给像艾米丽一样的人吗？为什么？
3. 乔的参与对艾米丽的恢复有多重要？
4. 你对感觉集中有什么看法？
5. 在儿童很小的时候，父母的死亡对该儿童有什么影响？
6. 受教育年限和性无知之间有联系吗？引用身边的例子来支持你的观点。





第八章

发展障碍I

在这一章里，我们将要讨论两个案例是关于非常特别的障碍的。第一个案例，蒂莉是阅读障碍，也就是人们普遍理解的诵读困难（dyslexia）。事实上，阅读障碍是众多学习障碍（learning disabilities，LD）中的一种类型。称呼某人“学习困难”被认为有歧视的含义，准确的表述应该是“丧失学习能力的人”或者“没有学习能力”。阅读障碍影响着大约5％的美国公立学校的学生（APA，2000）。最近的统计表明每5个学校儿童中就有1个深受诵读困难之苦（Cuadros，Land，Scully，& Song，2003，July 28th）。很多名人都患有阅读障碍：其中包括著名艺人汤姆·克鲁斯（Tom Cruise）和雪尔（Cher）。令人吃惊的是汤姆·克鲁斯和雪尔都是演员，家有数百万资产，而且他们的工作都依赖阅读和理解书面语言文字的能力！或许他们已经学会了如何来补偿他们的阅读障碍。当你阅读蒂莉案例的时候，记住这一点。

精神发育迟滞（Mental Retardation，MR）是一种非常不同的情况。这种障碍有很多的原因，不仅仅是因为唐氏综合症的缘故。MR和其他障碍的不同之处在于，可以在出生以前评估导致精神发育迟滞出现的一些危险因素。根据MR的定义和评定方法，MR影响着大约1%的美国人口，更普遍的估计大约是2%。患有MR，和人们所认为的相反，并不意味被判了“死刑”。许多有轻度精神发育

迟滞的人都能正常的生活。已故的麦当劳创始人——雷·克洛克（Ray Kroc）——因在其餐馆里雇佣患有MR的人而远近闻名。克里斯·布里克（Chris Burke）是一个患有唐氏综合症的演员。

这里有两个其他的因素使得MR的诊断很独特。首先，MR必须在18岁之前被诊断，换句话说，如果有个50岁的人进入你的办公室，并且告诉你他突然患上了MR，根据定义来说，这是不可能的。其次，MR被定位在DSM-IV-TR的轴II【注】上。一般来说，轴II上的障碍持续终生，并且被许多治疗师认为是不可治愈的。虽然对患有MR的人治疗比较困难，但是治疗同样也有一些益处。会有哪些益处呢？继续阅读，你会发现答案的。

【注】DSM系统的5个轴（Axis），其中轴I：临床障碍，可能为临床关注焦点的其他状况；轴II：人格障碍，智能不足；轴III：一般性医学状况；轴IV：社会心理及环境的问题；轴V：功能的整体评估。——编者注



阅读障碍

蒂莉的案例：特殊需要

问题呈现

蒂莉，22岁，从当地的社区大学转到一所州立大学就读护理专业，目前是大三学生。蒂莉还有一个姐姐。她告诉我们其“26岁的姐姐被诊断为‘医学意义上’的诵读困难，并且我妈妈也有诵读困难，但是她从未进行过医学诊断。”蒂莉有一个有趣的家庭背景。“我认为自己是白人或者波多黎各人。我妈妈是白人，我的爸爸是波多黎各人。我在波多黎各生活了10年，我喜欢那里。我讨厌这里的寒冷天气！我可以说两种语言，但是在家里我们说英语。”这样，英语被列为蒂莉的主要语言。

当蒂莉第一次来见我们的时候，她穿得非常讲究。她跟我们的目光接触也很好，情感表达比较恰当。蒂莉一身蓝色暖身运动装，非常整齐，看起来也很新。她穿着一双黑色的运动鞋并且在她长长的棕色头发上戴了一块头巾。她告诉我们她戴着隐形眼镜，但是“我正计划着去做眼部手术，这样就可以不用戴眼镜了。”蒂莉身高178cm，长得很苗条，在整个治疗过程中她经常露出微笑。

蒂莉来美国读的高中，但是成绩不太好。当蒂莉被转介到我们这里的时候，我们得到了她的官方高中成绩单。这份成绩单表明，她在十一年级的时候有三门不及格，而其他分数从B到D不等。蒂莉在高中的总体GPA（平均成绩）是2.3。应该说明的是蒂莉的设计课程和Honors Spanish课程均得了A。但是，诊

所并没有觉得这些成绩需要有所警觉。你的看法呢？

“直到二年级，大约7岁半的时候，我才会阅读。学校认为那是因为我是双语学生的缘故。我在波多黎各上的学校很糟糕，这也是父母亲决定全家搬到美国的原因之一。我认为我需要额外的帮助，但是学校没有一点要帮助我的迹象。”我们询问蒂莉她的写作情况，她说：“在一年级，大约6岁的时候，我的写作一点问题都没有。那个时候在学习波多黎各文字。写作对我来说从来都不是一个大问题，只是阅读和理解比较麻烦。”目前，看起来很有趣的是，蒂莉看起来似乎学业上有困难，但是，当她在学校的时候，这种情况竟然没有被发现和诊断出来。虽然这看起来似乎很不正常，但是它却可能比你能够想到的要更加正常。你能想出其中的原因吗？

蒂莉“在11年级的暑假，接受了英语方面的辅导。那个暑假太糟糕了。我几乎每时每刻都跟家庭老师在一起。我的英语不是很好，我可以说得很好，但是阅读对我来说有很大的困难。我就是说英语长大的，所以说得很流利，但是我的阅读不行。我不知道问题出在哪里，但是我有了一个好主意。”随后，我们检查了一下蒂莉的大学成绩单。蒂莉的GPA为2.53（总分4.0）。她大部分成绩都B或C，还有两门不及格。“我在数学、口头和书面交流、组织技能、短时记忆以及阅读理解方面有困难。你们应该知道我一天学4个小时。我还一周教别人大约3个小时的健美操。如果我替别人代班的话时间会长一些。这份工作的报酬还是可以的，并且它能使我保持很好的体型。

背景信息

蒂莉的家庭背景很有趣。蒂莉认为“我的父母亲都有学习障碍。我爸爸在大学的时候学习成绩下滑，最后不得不退学。我妈妈为了找工作照顾家庭，她在高中就退了学。我的妈妈在一家宾馆当钟点工，我的爸爸在一家房地产公司当主管，他能赚很多钱。我爸爸是学数学专业的，但是他从来没有真正地理解

它。数学对他来说太难了。我的爸爸是一个非常骄傲的人，这或许是他成绩下滑的原因。我的妈妈真的很聪明，但是她从来不用心去做她能做的一些事情。现在，她还是很高兴的在宾馆打扫房间，这让我很烦。我和姐姐只好自己洗衣做饭，当然不如妈妈弄得好。”

蒂莉的姐姐是“家里关注的焦点。目前，她在医学院就读。她拥有我没有的聪明脑袋。看起来好像她继承了所有的好基因，而我却拥有那些剩下的不好基因。这真是太不公平了。她有很好的生活，有一个未婚夫，并且因为她是可以说两种语言，很多的医院请求她去工作。这使我感到很不舒服。”我们告诉蒂莉，护士，尤其是会说两种语言的护士其需求量是很大的。蒂莉对我们说：“是的，我知道，但是他们不是医生。护士得到的薪水往往是最低的，只会遭到别人的责骂，而没有功劳。”

除了到了7岁半才会阅读外，其他方面蒂莉都发展正常。蒂莉报告说，先前她没有接受过心理或精神方面的治疗，没有酒精或药物滥用史，也没有精神疾病家族史。“我害怕来到这里，并且告诉你们这些事情，因为我想毕业，我不想让教授们知道我在这里。我的家人？别提了。如果他们发现我来找心理医生，他们会发疯的。我们被教导只能在家里讨论我们的问题，就是这样的。要和别人守口如瓶。的确，我们有问题，但是没有人知道我们的问题。”蒂莉说话时加上了手势来表达意思，很激动地挥动着她的胳膊。我们注意到她戴着很多的戒指，在左手第四个手指上戴着一颗钻戒。

接下来，我们询问了蒂莉的社交生活。“我有一个男朋友，他是白人，并且是当地球队里的成员。我喜欢体育特别好的男孩子。可能是因为我教健美操的缘故吧。我们相处得不错。我的爸爸不喜欢他，但是所有的爸爸都不喜欢他们女儿的男朋友。我认为我爸不喜欢他的原因是因为他不是波多黎各人或拉丁裔。他想保持他的种族，你知道吗？只在种族内通婚。谁在乎这个？我不打算嫁给我的男朋友。在我毕业之前，我会和他在一起。一旦我有一份工作，我将

找一个人认真地跟他交往。这年头，找一个好的男孩子太难了。我也有一小堆朋友，周末的时候，我们一块出去看电影、吃比萨、跳舞、去夜总会。我喜欢跳舞！跳舞可以释放我的情感。”

到目前为止，蒂莉的担忧对于一个大学生来说，似乎是非常典型的。一般的读者可能认为蒂莉的担忧源于她是双语种的人，以及与她姐姐相比她总是要逊色一些。然而，你不是个漫不经心的读者。在更仔细地了解蒂莉的情况之前，让我们先简短地了解一下她的生理病史。就像对待其他病人一样，我们问蒂莉是否有比较严重的生理疾病。蒂莉的回答相当有意思。看看你是怎么想的，试着理解一下这些回答都说明了什么。

“我小时候有耳炎复发史，并且3年前我的眼睛近视了。我从来没有在耳朵里插过管子，因为医生们认为这没有必要。我服用过很多抗生素，但是它们对我的身体似乎没有影响。我的听力很好，被测试过很多次。我也有哮喘，它是情境性的；当压力过大，以及有过敏反应的时候，哮喘就会发作。我对很多都会过敏，有些时候我也服用仙特明（Zyrtec，又称西替利嗪）。我的医生告诉我仙特明能安全地治疗人们的过敏反应，并且对哮喘有轻度的缓和作用。即使是这样，我也很少服用这种药。我讨厌服用可能会导致疾病发作或者更坏情况的东西。此外，我还服用法莫替丁（Pepcid，又称famotidine；这是一种非处方药，用来缓解胃痛）和胃溃宁（Carafate，又称硫糖铝，sucralfate；主要用来治疗十二指肠溃疡）。我想你会说我的胃不够好或其他什么的。”

思考题

1. 蒂莉发生了什么事？
2. 蒂莉简要的提到她的父母都有学习障碍（她认为）。分析一下为什么这些信息可能是重要的。
3. 蒂莉的生理疾病在多大程度上导致了她的问题？

4. 蒂莉儿时多次复发耳炎的事实有多重要？

5. 蒂莉能说两种语言的能力对评价的贡献可能在哪里？

评估与诊断

我们对蒂莉的评估稍微不同于以前我们所讨论过的其他人。除了非结构式诊断访谈的评估外，蒂莉还接受了心理教育评估（psychoeducational evaluation）。当治疗师怀疑患者可能有某种类型的学习障碍时，他们就会对其进行心理教育评估。这些评估一般包括：智力测量（IQ测验，通常用韦克斯勒智力量表）、认知测量（通常用Woodcock-Johnson量表）、行为观察以及成就测验（也用Woodcock-Johnson量表）。治疗师将会施测这些量表，然后计算分数，并分析结果。这些结果还会被治疗师进行检验，以了解智力（IQ分数）和成就（成就测验的结果，以及学业成绩）之间是否有统计上的显著差异。

在对蒂莉进施测这些量表之前，我们得到了一些额外信息。因为蒂莉的“一个教授发现我的学习成绩非常糟糕。他认为我差不多快不及格了，建议我去请家庭教师或者寻求其他帮助。他的确对我很关心，起初，我误解了这一点。他问我其他科目怎么样，我告诉他不是很好。我的文科一直是很好的，但当我要阅读或者写东西的时候，就遇到了困难。这位教授说，在我的论文中，我总是混淆词语的意义或者重复用一个词。他认为我可能有诵读困难，因此，他让我来这里。我认为我需要换一副眼镜。”因为我们希望考虑到各种可能性，所以我们建议蒂莉去看眼科医生。过了一周，蒂莉再次来到我们这里。

“嗯，不是我眼睛的问题！至少我觉得我的眼睛没有问题。当你的眼睛出问题的时候，你还能干什么呢？我猜想是其他的什么原因。找出原因是你们的工作。”征得蒂莉的同意，我们跟她的眼科医生取得了联系，并证实了此事。我们又问了蒂莉在大学的成绩。“导师对我说，如果我的成绩继续这样子的话，我将进入试读期。五门课程中，我有三门不及格，所以我退了一门课，但

仍然没有什么帮助。我想可能是因为我的眼睛或者我服用的药物，但是很明显，是其他的原因导致我成这个样子的。我并不抑郁，但是这学期我学得一塌糊涂，我不能退学。我将怎么办？像我妈妈似的打扫宾馆的房间？”当蒂莉在跟我交谈的时候，她的眼睛睁得大大的，非常激动。

征得蒂莉的同意，我们同蒂莉的内科医生进行了交谈。他告诉我们，蒂莉的确有过敏症状，而过敏将导致哮喘发作。自从蒂莉全家搬到美国来之后，蒂莉一直看这个医生，因此，这个医生对蒂莉的状况很了解。更重要的是，蒂莉患有溃疡，她一直在服药以防溃疡的复发。他告诉我们蒂莉很紧张，并且对事情保密，他感觉蒂莉有些事情瞒着他。他还告诉我们可能与生理问题有关的压力和心理问题，如，溃疡、胃炎以及胃痛，将会加剧哮喘症状。他建议我们继续对蒂莉做咨询。最后，他告诉我们蒂莉服用的药物不大可能造成学业问题，因为，在很大程度上，这些药物的副作用并不影响中枢神经系统。拥有这些信息后，我们又开始和蒂莉开始了交谈。

“我的确感觉到压力很大。如果时刻都要和苏西相比，谁没有巨大的压力？没有人可以比得上她。她是一个恶心的女人，总是吹嘘她的生活、未婚夫、工作机会及其他事情。真没意思。你知道我也很不错。爸爸也爱上了她，简直是乱伦。我妈妈非常关心我，但是一天下来，她也很累，所以她不给我打电话。父母亲希望我的姐姐将来很富有，然后照顾他们。对于我呢，他们只是希望看到我毕业。他们认为我将来会怀孕，待在家里，浪费了所学的一切。

“我得溃疡大约5年了。当我在社区大学就读的时候，就已经得了溃疡。一个教授在他的办公室里说我很笨，原因是我的作文写得很差。这伤害了我。我也感觉到了压力，因为到这儿我感到很沉重。而我那愚蠢的姐姐正在医学院，是一颗闪亮的星星。我申请到了奖学金，所以我必须获得好成绩才能继续拥有奖学金。父母亲没有钱给我，因此我教别人跳健美操以赚点零花钱。当我年轻的时候，我也没有很多朋友，因为我不合群。我都不知道自己到底是谁。”许

多人认为具有学习障碍的人（如果这确实发生在蒂莉身上）仅仅有学业上的问题。蒂莉看起来似乎是不一样的。她是不一样的吗？继续阅读。

蒂莉告诉我们她小的时候得过耳炎。她说："我至少得过三次耳炎。我妈妈告诉我，我服过抗生素，然后耳炎就好了。她不记得我服用的是哪一种抗生素。我猜是青霉素。最后一次发炎的时候，我没有去上学，大约持续了一个月的时间。我记得当时听力很不好，也觉得胃很疼。波多黎各的医生不想让我插管子，我的父母也不愿意。那些管子看起来非常好笑，也很疼。"

接下来，我们对蒂莉进行了心理教育评估。测验分三次疗程进行，结果出来之后，蒂莉来到诊所和我们一起讨论测验结果。报告中有一部分提到，"蒂莉在韦克斯勒成人智力量表第三版（WAIS-III）中的结果显示她的IQ得分为95。"这个分数听起来非常好，它将蒂莉置于智力正常的人群中。成年人的平均智力在85 ~ 115之间。"蒂莉的短时记忆技能有些缺陷，短时记忆对帮助记忆来说是很重要的，这也是护士所需的一个重要技能。"接下来，我们将讨论蒂莉的成就测验和认知测验的结果。

我们发现蒂莉成就测验和认知测验的结果显著差于智力测验的结果。当出现这种情形时，通常表明存在学习障碍。"Woodcock-Johnson测验的结果表明，蒂莉的视觉学习能力比听觉学习要强，但是她在这两方面的学习能力都低于正常人。对于视觉呈现的成组字母或单词，相比起逐次出现，蒂莉记忆起来尤其有困难。蒂莉的序列学习结果表明她不能有效地排列和组织出现的信息。连续的或有顺序的事件使记忆更有效，相比起需要独立加工的事件来说。但是蒂莉只能分开来加工每个事件。因为蒂莉不能利用信息的有序性来帮助她记忆和提取信息，所以学习对蒂莉来说是冗长乏味的。此外，阅读理解、拼写和书面语言表达也受到这方面的影响。一个故事中事件的顺序、单词中字母的顺序、句子中词语的顺序，段落中句子的顺序以及一篇文章中段落的顺序，这些方面的学习都需要排列和组织信息。"

报告的内容接下来是："蒂莉最大的问题是配对学习技能（paired associate learning）上的缺陷。配对学习技能是学习外语单词的关键，它的缺陷将影响蒂莉的数学和语言课程（但是蒂莉的西班牙语成绩是"A"；这可能是因为蒂莉既会说西班牙语，又会说英语的缘故）。蒂莉似乎在记单词的时候没有进行联想。由于这个原因，在整合和记住课堂所学的新概念和较难理解的概念方面，蒂莉也可能会有困难。另外，蒂莉在问题解决和概念产生方面也表现出了一些明显的缺陷；这可能会影响蒂莉在课堂上的概念推理能力（比如高级推理技能）。"

我们请求蒂莉提供一份写作样本。给蒂莉打分的治疗师发现"……许多字母的顺序颠倒了，并且回答问题的时候缺乏理解。"治疗小组因此断定蒂莉是学习障碍，尤其是阅读障碍。

在我们继续下面的内容之前，我们需要弄清楚一些问题。心理教育评估时间很长，过程比较复杂。在这本书的有限空间里完整地描述整个过程是不可能的，因此所呈现的是一个浓缩版。你应该明白，从伦理上来说，只有在某个专业领域获得硕士学位（如学校心理学）或博士学位（在临床和学校心理学等专业领域，并且经过适当的培训）的心理治疗师才能实施智力测验。这些测验也有一些问题。它们可能是有文化偏见的，并且双语种的人可能在智力量表的整体得分上更低一些。所有提到的这些测量工具都有不足之处，即使能测出准确的结果，也可能被许多因素（比如：药物、生理和心理障碍，以及对待测验的态度）所影响，导致出现偏差。后一个因素对蒂莉来说不是问题，因为在每一个部分蒂莉都很合作。蒂莉看起来下决心要做好，当蒂莉遇到有困难的问题时，她努力地去做，眉头紧皱。蒂莉认真地对待每一次测验，整个过程中，她没有一点炫耀、挖苦、虚张声势的样子。

由此，我们得出了诊断；你看看是否同意：

阅读障碍	315.00
广泛性焦虑障碍	300.02

慢性十二指肠溃疡　　532.70

最后一项诊断不是DSM-IV-TR的诊断，而是国际疾病分类，第九版，临床修正（International Classification of Diseases，9th Revision，Clinical Modification，ICD-9-CM）的诊断。最后一项诊断是蒂莉的内科医生做出的。ICD-9-CM为我们提供了某些一般疾病的分类，这些疾病编码在DSM-IV-TR的轴III上。

病源理论

我们还无法完全确定导致阅读障碍（诵读困难）的原因。我们假设大脑中的单个区域并不对学习或阅读障碍负唯一的责任。相反，似乎是几个脑区不能互相“交流”，这样，每个区域收集的信息只能留在自己的区域里。这些问题可能在子宫里就已经发生了（Miller & Tallal，1995）。但是，研究一直集中在脑功能障碍和认知、知觉困难这些方面。如同我们见到的蒂莉一样，许多有诵读困难的孩子都有视知觉或听知觉问题。例如，诵读困难的人不能正确抄写单词或辨别图形。蒂莉向我们描述，单词对她来说可能变得模糊，以至似乎要从纸张上滑落下来。蒂莉经常觉得单词很模糊，这是我们让蒂莉检查视力的原因之一。

诵读困难比其他的学习障碍似乎更容易在家族成员身上呈现出来。像我们谈到的其他学习障碍一样，诵读困难不大可能遗传。而人们假设脑功能障碍本身是遗传的；脑功能障碍将导致学习障碍的产生（Castles，Datta，Gayan，& Olson，1999）。

人们已经发现了注意缺陷多动障碍（Attention Deficit Hyperactivity Disorder，ADHD）和诵读困难（dyslexia）之间的联系。一些有诵读困难的孩子表现出很有限的注意广度和多动现象；可能是由于这两者之间有联系（Purvis & Tannock，2000）。这里的关键是，即使诵读困难和注意缺陷多动障碍有共

同的特征，它们也是两种不同的障碍。这里三种方式可以解释它们之间的联系。首先，早期的发展问题可能会导致行为问题，而行为问题将导致学习障碍或诵读困难。为什么会这样呢？因为，一些行为问题会影响在校内和校外的学习。其次，学习障碍会导致焦虑和抑郁，以至在校内和校外遭受受挫和失败。最后，有人假设，在某种程度上，学习障碍和注意缺陷多动障碍交互影响，一种障碍能加重另一种障碍。

总之，病源学方面，生物学和家庭因素似乎是学习障碍，尤其是诵读困难的重要影响因素。

治疗计划

对蒂莉的治疗计划将不同于本书中其他病人的治疗计划。两个方面需要重点关注：蒂莉的阅读障碍和她的广泛性焦虑障碍（generalized anxiety disorder）。阅读障碍像其他的学习障碍一样，不可治愈。但是，我们可以教蒂莉这样的人怎样来补偿她的障碍。有些时候，人们认为这种做法是一种医学模式（medical model）。在医学模式中，共同症状的障碍被分到了一起，比如：患有酒精依赖的每一个人都会有一些共同症状。另外，医学模式认为，患有精神疾病的人本身并没有错。最后，和医学一样，有些障碍是可以治愈的，而有些障碍是不能治愈的。你认为这些观点如何？

首先，针对蒂莉的焦虑问题，我们鼓励蒂莉去接受个别治疗。她的回答让我们非常惊讶："当我在社区大学就读时，因为我非常紧张和抑郁，我看过一个治疗师。她告诉我，我非常紧张和抑郁，并且她提到让我服用阿普唑仑。我的医生反对我服用阿普唑仑，因为我有过敏反应和哮喘。我从她的治疗中得到了一些东西，但是我不想继续治疗，因为她干涉了我太多的私人生活。我能够看到寻求缓解焦虑时的一些好处，或许因为焦虑，我才有这些阅读问题。"因此蒂莉同意接受我们的个别治疗，直到"我能够管理焦虑，希望不会花很长的时间。"

我们也鼓励蒂莉去寻求家庭教师的帮助，以及接受配对和序列学习技术方面的训练。我们介绍蒂莉去大学的学习中心，并且提到老师应该给她解释学习策略，进行大量的示范，及用循序渐进的方法教她——先教简单的知识再教有难度的知识。她非常赞同这条建议，并且，由于她被诊断为阅读障碍，所以她是符合中心的帮助条件的。在大学里，许多这样的中心都会对有学习障碍的学生提供大量的帮助。蒂莉非常渴望与我们分享中心的建议，我们也渴望与你们分享。

“他们告诉我，首先，我应该持续使用计算机的文字处理程序，以及拼写检查程序，以帮助检查我的拼写错误。他们给我配了一个辅导老师，这个老师将校对我的文章，但是他不会帮我写，可恶。他们提到我应该带一个录音机来听课。录音机将帮我有条理地记笔记。这个很有帮助，让我没有那么困惑。回家后，我可以把录音带倒回去，去弄明白我那些在课堂上没听清楚的地方。我的辅导老师也正在帮助我解决学习问题，诊所也提到过。他用卡片和其他的东西帮助我学习。学起来很慢，但是，它似乎效果不错。”

这个学习中心也使用了心理教育模式，它关注了蒂莉的强项和优势。用录音机就是一个例证，因为蒂莉的听觉能力好于她的视觉能力。中心还对蒂莉应用了其他的干预技术。在我们继续了解治疗中发生的事情前，将关注应用最多的一些方法。

行为主义注重对个体进行技术的直接指导。它利用渐进式的方法，先教给个体基本的技能；其假设是通过学习这些基本的技能，接下来就可以学习更复杂的技能。认知主义关注成人和孩子在学习时是如何组织他们的想法的。它首先教给孩子们识别出手边的问题，接下来教授如何使用问题解决策略，再接下来教他们监控自己的成功或者失败。认知主义的一个目标是让个体监控他们的整个思考过程。如同蒂莉所提到的那样，计算机辅助教学也经常被使用。使用计算机的一个好处是：它比一些基本的教学方法更容易吸引孩子们的注意（Hall，Hughes，& Filbert，2000）。

在治疗中，蒂莉也分析了她的焦虑以及其他方面。蒂莉意识到“我不笨，我只是与别人的学习方式不同。的确，我不是爱因斯坦，但是我也能做好工作。我只是需要更长的时间，并且我得用不同的方法而已。很长时间以来，我感觉自己很笨，但是现在我了解这是怎么回事了。你知道，自从我开始接受治疗和辅导以来，我交了更多的朋友。在这里，你感觉到了人情味，即使你和别人不一样或者有问题也没有关系。”

蒂莉的溃疡也得到了控制。蒂莉说：“我觉得我的溃疡已经好了，我现在仍在服药，但是胃部不像以前那么疼了。自从我知道自己的确切情况后，就不再那么焦虑了，因此我的胃部也感觉不到疼了。因为我的溃疡还在出血，所以我仍旧经常去看医生，不过医生觉得我能痊愈。我知道将来我摆脱不了焦虑，但是现在我能够控制它，我现在快乐多了。健美操班上的学生也看到了我的变化。在班里，我看起来比以前多了些快乐，少了些疑惑。”

在蒂莉剩下的大学生涯中，她接受了特殊教育服务（special education services）。在最后的一个学期，蒂莉被告知不再需要这些服务了，因为她已经取得了很大的进步，但是“我对自己还是没有把握，我还希望继续接受服务。我丢掉的很多时间还需要去弥补。”整个治疗过程进行了4个月，蒂莉在治疗中也取得了很大的进步。“我的焦虑得到了控制，我睡得好多了，我的胃也好了很多，而且我的体形也不错。现在，我只需要找到一个男朋友，我已经下决心去做了。噢，是的，还需要一份工作。”当我们最后一次同蒂莉见面的时候，她已经是一家大医院的注册护士，并且刚刚订了婚。蒂莉有些兴奋的告诉我们：“我姐姐从医学院毕业了，她工作的医院离我的工作地点很近。告诉你们：她的未婚夫把她甩了，和另一个女人跑了，所以我将要在她之前结婚了！真是太棒了！我最终也能够大放异彩了！你知道吗？她不会比我更快乐。”

有学习障碍的人们有他们自己的独特问题，通常包括心理上的担心。在美国，蒂莉所在的大学是第一批意识到这个问题的大学之一，他们实施了一个著

名的计划来帮助像蒂莉这样在小学或中学时就应该被诊断出来，但是却没有被诊断的学生。

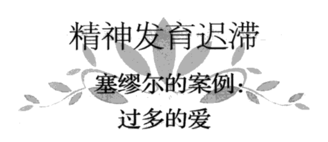
对于学习障碍来说，没有专门的药物来治疗。但是，所有的精神药物都可以用来治疗病人同时患有的其他问题。在蒂莉的案例中，蒂莉几年前的治疗师建议用阿普唑仑来治疗她的焦虑。服用阿普唑仑是有问题的，因为，简单的来说，这些药物容易上瘾，并且只适合短期使用。长期用这些药物会导致心理和生理上的依赖。阿普唑仑和其他一些抗焦虑药物会导致服用者昏昏欲睡，有些时候，这种放松还会导致危险。蒂莉说："我非常明智地拒绝了服用这些药物，因为这些药物会使我整天犯困并且上瘾。"只有在蒂莉的焦虑不可控制，她需要一些帮助的时候，我们才会建议她服用抗焦虑药物。

蒂莉继续服用仙特明，这是许多新抗过敏药物中的一种。大多数这些药物都有负面作用，但是在本书中，我们关注的是心理障碍，将不涉及副作用。蒂莉仍旧用胃溃宁和法莫替丁来治疗她的溃疡，她对我们说这些药物没有副作用。

利他林（Ritalin，又称哌醋甲酯，methylphenidate）的效果怎样呢？利他林是治疗注意缺陷多动障碍（ADHD）的典型处方药，将会在单独的一章讨论它。或许在将来，有人会研制出一种能控制、治愈学习障碍的药物。问题的关键是：这些药物是否比教给这些饱受折磨的人学习或应对的新策略更有效？

预后

蒂莉的预后被评为"良好"。她在大学里仍然能得到适当的帮助并且意识到自己与别人的不同。蒂莉对自己的问题有很好的洞察力，并且希望得到帮助。她没有通过药物来控制自己的焦虑，并且尽可能地使溃疡得到缓解。蒂莉订婚了并且找到一份好工作，她还与她父母亲和姐姐重新建立了关系。简言之，如果蒂莉继续保持她最后所述的状态的话，她将会过上一种正常、快乐和健康的生活。



精神发育迟滞

塞缪尔的案例：过多的爱

问题呈现

塞缪尔是一名17岁的白人男孩，在当地一所公立高中上十年级。在此之前，塞缪尔未接受过任何治疗，但是，之前他所上的最后一个学校对他进行过测试；因此，塞缪尔来我们这里接受治疗前，曾经被诊断为轻度精神发育迟滞。

塞缪尔是独生子，他的妈妈贾尼斯所做的工作是"临时照看婴儿，我所理解的是，像办公室里的临时雇员。边工作边照顾塞缪尔简直是太难了。没有人帮助我们。在塞缪尔出生之后，他表现出很多的问题，我们发誓以后再也不生小孩了。我们非常害怕，我们认为塞缪尔可能活不下来。但是上帝说我们爱所有的人，不论其情况如何。当你见到塞缪尔时，你会发现他是多么的了不起。塞缪尔有点迟钝，但是他是一个好孩子。"

塞缪尔走路有些不稳，身材矮小，155cm，并且有点超重。他的舌头经常从嘴里伸出来，并且有些时候，他说的话很难理解。塞缪尔的眼睛有很厚的眼睑，长着一张圆脸。塞缪尔戴着一副很厚的眼镜，鼻子是扁的，手指短而粗。塞缪尔穿着"Bart Simpson Bowabunga"的T恤、宽松的短裤和白色的运动鞋。在塞缪尔的衬衫口袋里，他装了一支铅笔、一支钢笔以及一个袖珍计算器。塞缪尔的手眼协调能力很弱，他和我握手都有困难。

塞缪尔不时会表现出不恰当的感情，当我们在谈论很严肃的问题时，他却笑个不停。他的注意广度非常短，并且他很容易分散注意力。塞缪尔很难在办公室里安静地坐着。他带来了一些棒球卡片，在整个治疗过程中，除了需要用手的时间外，他手里都拿着这些卡片。

因为塞缪尔以前的记录无法找到，所以他被特意送到我们这里。和学校负责人进行长谈之后，出于诊断和治疗的目的，塞缪尔被介绍到我们这里来寻求帮助。注意：这听起来好像不太寻常，但并非如此。当学生进行转学的时候，很多时候他们先前的记录都会被弄丢或者放错地方，这名学生就“消失不见了”。这意味着有些学生在新的学校中没有相应的记录，因此他们就不能接受合适的治疗。我们看到很多学生属于后面的一种情形，因此，发动治疗师尽力防止此类情形的发生就变得非常重要了。

背景信息

塞缪尔跟我们的谈话非常自由，但是因为他的障碍，我们获得的大部分信息来自他的妈妈和他先前的记录（我们能够获得的记录）。第一次面谈，我们单独会见塞缪尔的妈妈。“学校帮助过塞缪尔，刚开始他们帮助的很多，后来就没有那么多了。他们教塞缪尔怎样系鞋带，怎样拨打电话，怎样保持个人卫生。塞缪尔上厕所的训练开始得比较晚，大概在4岁左右。他们说训练的那些天不是非常没有规律的。当然，如果学会收拾乱糟糟的东西是挺好的。但是，塞缪尔似乎学不会。塞缪尔喜欢的，他会永远喜欢。他喜欢吃甜食，即使到了现在他还以甜食为生！”塞缪尔的妈妈穿着有帽子的运动衫，短裤和运动鞋。她扎着一个马尾辫，穿着很整洁。她淡淡地微笑，情感表达比较恰当。有些时候，她的眼里会含有泪花。

塞缪尔在公立小学和初中上学的时候，他曾在“资源室”接受过特殊教育服务。资源室是为那些有特殊需要（即特殊教育）的学生而设立的。它们是设

备齐全的教室，有时候，里面会有各种各样问题的学生。在塞缪尔的案例中，他过去的资源室里有一些不同程度精神发育迟滞、脑瘫痪（cerebral palsy，CP；一种神经肌肉障碍）、听觉和视觉以及语言损伤的学生。通常这些教室至少配备两名特殊教育老师和一些教师助理（teacher aides），有些情况下还会有学生教师来参与。学校尽量限制每个资源室的学生数量，但是并不总是这样的。比如塞缪尔，他通常在六个人的资源室里。

怀塞缪尔的时候非常痛苦。我是一个大龄妈妈。当我40岁的时候，我才有塞缪尔。医生告诉我是高危孕妇，但是我非常想要一个孩子。我认为不需要进行很多的检查，这些检查对身体不利，检查结果肯定也是不要生什么的。因此，在塞缪尔出生之前，我们都不知道会是怎样的情况。

“当我们看见塞缪尔的时候，就觉得他有点不对劲。从身体来说，他不像我们想象的那样。医生也没有跟我们多说，我猜他是怕我们控告他。我们有一本婴儿指南，上面告诉我们在某一个年龄塞缪尔应该做的事情，但是塞缪尔从来没有像书上所说的那样做。他行动非常迟钝，我们也不知道发生了什么，我们只是知道塞缪尔的外貌和行为有点异样。”

“塞缪尔刚过3岁不久，我的丈夫就离开了我。他不能接受塞缪尔生理上的问题：眼睛、心脏等等都有问题。我们似乎一直在寻求医生的帮助。我们陷入了恶劣的争吵中。他因为塞缪尔的问题而责备我，这真是莫名其妙。我知道我和这一切没有关系。的确，在我怀孕期间，我没有细心地照顾自己。但是，我也没有喝酒、吸烟或吸毒什么的，只是运气不好罢了。”

我们询问贾尼斯的家族史，接下来又问了塞缪尔的家族史。“我的家族成员都很好，据我所知，还没有精神错乱的。我们家族有一些怪人，但是哪个家族没有呢？但是我前夫的家族有一些疯子。他有一个堂兄弟是低智商，另一个是精神分裂症。当然，如果你当着他的面问他的话，他会否认这一切的。他自己倒没有什么问题。他就是一个游手好闲的人而已。他没有给予塞缪尔一点支

持。我真的不知道他在哪里，只是在街上会遇见他。当事情变得糟糕的时候，我离开他了吗？”

这里我们确实遇到了一些问题。首先，我们没有塞缪尔过去的完整记录，这意味着我们可能漏掉了一些信息。其次，因为第一条原因，我们需要依靠塞缪尔的妈妈给我们提供一些准确的信息。但是，可以看得出来，她有些偏见。另外，我们没有机会向塞缪尔的爸爸进行提问，并且让他参与进来似乎也不可能。你将会看到，对塞缪尔进行提问也是非常困难的、没有成效的努力。

接下来，我们向贾尼斯询问了塞缪尔的成长史。“塞缪尔很早就有问题了，他的视力特别差，因此他必须戴一副很厚的眼镜，就像你在候诊室里看到的那样。他走路也有问题。在他开始走路的时候就有问题，我想大约是21个月的时候。他说话很晚，3岁以后才会。所以医生知道他有些问题。看到那个可怜的男孩，你就会明白的。他的整个面部都不正常。”贾尼斯所提到的塞缪尔的身体特征与那些精神发育迟滞的人有些不同。

接下来，我们决定让塞缪尔参与进来。我们问了塞缪尔一些问题。当我们进行短暂的休息的时候，你可以猜测一下塞缪尔案例接下来的进展方向。

思考题

1. 基于以上的叙述，塞缪尔的症状中有你所熟悉的吗？
2. 讨论一下贾尼斯对塞缪尔状况的反应。
3. 贾尼斯的评论和其历史的可信度有多高？比如：她如果存在偏见的话，会有多大影响？
4. 列出一些塞缪尔特别喜欢吃甜食的理由。
5. 塞缪尔父亲的家庭背景对做出准确的评估有多么重要？

评估与诊断

我们对塞缪尔进行了心理教育评估，以检测他是否存在精神发育迟滞的问题。这次评估将有别于对蒂莉的评估。为了专门检测是否存在精神发育迟滞，临床治疗师必须证明在智力（aptitude）和生活适应技能（adaptive living skills）方面的显著差别。后者将用适应行为量表（adaptive behavior scale），如Vineland量表来测量。这些量表是由个体的老师或者监护人填写的表格组成，它们是对一个孩子个人和社会满足程度的综合评价。在Vineland量表中，适应性功能由三个维度来测量：沟通能力（包括接收、表达和写作能力）、日常生活技能（包括个人以及在家庭和社区里的能力）、社会化（包括人际交往、娱乐以及应对能力）。简单地说，这些维度测量的是个体的日常行为以及这些行为是否符合他的年龄水平。塞缪尔的行为在Vineland量表上的测量结果如何呢？

在测量之前，我们邀请塞缪尔加入治疗中来，并且问了他一些简短的问题。我们向塞缪尔询问了学校情况。“我真的喜欢我的学校，尤其是资源室的老师，史密斯夫人。她很伟大。我非常喜欢她。她教我如何打扫卫生以及如何整理东西。我想同我的朋友、我的妈妈、我亲爱的小仓鼠说话。可以吗？”我们问塞缪尔是否愿意进入常规班级学习。“不，不。我喜欢我的班级。我学会了很多东西。在学校里孩子们取笑我，但是在史密斯夫人的班里却不会这样。”

塞缪尔给我们讲述了他的家庭。“我的妈妈非常的能干，她很有魅力，没有谁能比得上我的妈妈。她告诉过你我的仓鼠吗？她让我玩游戏机，即使是成人的游戏也玩。但是，我必须得先做完我的作业才能玩。她让我交好多的朋友以及做其他的事情。她工作非常得努力。我想有一天能成为我妈妈或者史密斯夫人那样的人。我的小仓鼠在一个轮子上。妈妈让我喂它好多东西。它现在的确有点胖，它该减肥了。你有宠物吗？你们能够说些你妈妈的事情吗？”我们现在有一个自我暴露（self-disclose）的机会，关于这一点有很多不一致的观点。我说我没有宠物，并简短地讨论了我的妈妈。“你的妈妈听起来跟我的妈

妈一样伟大。她们一定很相似。”当然在这里我们必须同意塞缪尔的说法！

塞缪尔想讨论最近的电视节目，他告诉我们他是美国扬基棒球队（Yankees）的超级球迷。“我妈妈带我去看棒球比赛，我得到了棒球员的签名卡片，知道吗？我一直将这些卡片带在身上。这上面有Mariano Rivera（Yankees棒球队的主投手）的名字。”接着，塞缪尔自豪地拿出来这些卡片给我们看。在这次讨论过程中，塞缪尔始终面带微笑，看起来他与我们相处得很融洽。

可以看出，有些时候，和精神发育迟滞的人进行稍高层次的谈话是比较困难的。当然，这也并不意味着你就应该避免此类谈话。这些谈话是用来诊断的，也可以让塞缪尔放松下来。接下来，我们进行了测验的预约，并让塞缪尔同他的妈妈离开了。

因为塞缪尔在集中注意力方面有困难，测验共花了4个疗程的时间。包括Vineland量表在内，塞缪尔还测试了WAIS-III。虽然，从严格意义上讲，塞缪尔不是一个成年人，但是学校心理学家认为让他接受韦氏智力量表成人部分的测验是合适的。我们整理了塞缪尔的所有量表得分，得到了如下的结果：

塞缪尔的IQ得分是65，他的适应行为在Vineland量表上处于5岁零一个月的年龄。我们看到塞缪尔拿出了一个计算器在做WAIS-III的数学分量表中的题目。我们告诉他不可以用计算器，他很紧张不安。塞缪尔已经学会了怎样来弥补自身的一些缺陷，这一点很重要。便宜的袖珍计算器、语法检查器以及掌上计算机对特殊教育个体来说是个很大的帮助。

在这些结果的基础上，我们可以确切地说，塞缪尔的智力和适应行为分数低于正常人。因此，先前对塞缪尔的轻度精神发育迟滞的诊断是恰当和准确的。诊所决定坚持这个诊断，并觉得塞缪尔的治疗方案不需要加以改变，如资源室。

当塞缪尔和妈妈回到诊所的时候，我们向他们解释了一下测量的结果，他们并不惊讶。塞缪尔的妈妈说：“我认为塞缪尔的时间被浪费了。看看他！怎

么能不落后呢？看着他，跟他谈话！”我们向她解释，是学校和法律要求我们再次评估他的。“我不是生你们的气，我是生他学校的气。四天的测验！出了些什么结果，嗯？学校什么也没做。塞缪尔不会离开史密斯夫人。她教塞缪尔和我怎样生存。”塞缪尔的母亲在说这些话的时候，塞缪尔在一旁画画，并且看着自己的签名。接下来会说明针对塞缪尔的治疗计划，首先，他的诊断是：

轻度精神发育迟滞　　317

病源理论

在很多其他的障碍中，生理方面的原因极其复杂，这就显得我们在寻找精神发育迟滞的病源学的时候，会更加的幸运。关于导致精神发育迟滞的可能原因的讨论，在课堂上可能会花数周的时间。的确，一个研究发现可能会有1 000多种不同的已知生物原因（State，King，& Dykens，1997）。问题是要说明与塞缪尔类似病情，即轻度精神发育迟滞的原因。一些原因可能发生在出生前（子宫里）；一些可能发生在出生时（围产期），比如缺氧；一些可能是脑损伤，脑膜炎以及其他出生后的原因。

广为人知的染色体异常而导致精神发育迟滞的唐氏综合症，也叫做21三体综合症（Trisomy 21）。患唐氏综合症的胚胎有3个第21对染色体，而不是2个。每800个出生的婴儿就有1个患有唐氏综合症。唐氏综合症的患者其身体特征非常与众不同。他们的头很小，舌头很大，从嘴里伸出来；大大的方形手，眼睛是弯曲的、呈淡红色的、形状像杏仁。一些患者可能更明显一些。几乎所有罹患唐氏综合症的孩子都有精神发育迟滞以及其他的身体问题，如呼吸问题、心脏问题等。唐氏综合症与女性怀孕时的年龄有关；怀孕时的年龄越大，生下的孩子患唐氏综合症的几率也越大。随着女性年龄的增大，染色体变异的可能性也逐渐增大。

最近的研究发现了一些关于唐氏综合症的引人注意的信息。按照Thase

（1998）的观点，当唐氏综合症患者接近30岁的时候，他们的大脑病理结构与阿尔茨海默症（Alzhermer's Disease）患者的大脑相似。大多数唐氏综合症患者活不到中年，但是，由于现代医学技术的发展，我们可以看到越来越多的唐氏综合症能够活到五六十岁。

脆性X染色体综合症（Fragile X Syndrome）是最为普遍的遗传性精神发育迟滞，并且是继唐氏综合症之后第二大发育迟滞类型。这种病在男性中的发病几率是1/1500 ~ 1/2000，在女性中的发病几率是1/2000 ~ 1/2500。X染色体显得比较脆弱；因为女性有两个X染色体，所以使得自己患上脆性X染色体综合症的可能性也比男性要低。在许多情况下，女性和男性都会携带脆性X染色体的基因，但是他们所受的影响却不同。他们可能将这个X染色体传给子孙后代。发育迟滞通常是从轻度到中度；所以一些孩子可能有严重的发育迟滞，而另一些孩子可能一点不受影响。

苯丙酮尿症（Phenylketonuria，PKU）是一种基因缺陷所导致的氨基酸代谢障碍，每10 000个新生儿中就有1个会患有此病。这是一种隐性遗传疾病，它阻止苯丙胺酸（phenylalanine），一种食物里的氨基酸的代谢。这种氨基酸在人体内聚集，最终会导致大脑受损，出现智力落后或者情感问题。通过分析婴儿的血液或者尿液可以判断出该婴儿是否患有苯丙酮尿症。如果婴儿患有苯丙酮尿症，将被放置在专门的地方，严格限制饮食中苯丙胺酸的摄入，并且在出生后不久进行蛋白质的补充。近来（Simonoff，Bolton，& Rutter，1996），患有苯丙酮尿症的女性开始生育，因此导致了和苯丙酮尿症相关的精神发育迟滞婴儿不寻常地增多。Simonoff 等人建议，患有苯丙酮尿症的女性在受孕之前应限制苯丙胺酸的摄入，以防止她们的孩子悲剧再次上演。

家族黑蒙性痴呆（Tay-Sachs disease）很值得研究。这是一种中枢神经系统的退化疾病，主要发生在东欧犹太人和他们的子孙后代身上。25个美国犹太人中有1个是家族黑蒙性痴呆基因的携带者。这是一种隐性遗传疾病，只有父母双

方都携带者，他们的孩子才可能得这种病。但是，这也不能保证一定会患上这种病，他们的孩子仍有75%的几率不会患上这种病。家族黑蒙性痴呆导致肌肉失去控制、瘫痪、失明以及耳聋，患者通常不会活过5岁。这种病的携带者通过血液检查可以查出，然而羊水诊断可以检查出唐氏综合症患者。

出生前的因素也可能会导致精神发育迟滞。一些疾病，如风疹（rubella，又称德国麻疹）、梅毒以及生殖器疱疹都能导致胎儿的大脑受损。通过教育、谨慎的性接触以及疫苗可以很大程度地预防这些疾病。在怀孕的前三个月，风疹是最要当心的。如果一个母亲患有生殖器疱疹，如果婴儿是自然生产，出生时就会被传染上这种疾病，采取剖腹产（Caesarian section，C-Section）可以减少这种可能性。

孕妇的服药、吸毒以及酗酒也会导致孩子的精神发育迟滞。一些药物、酒精能够通过胎盘来影响胎儿。虽然不能保证母亲服用了这些物质，胎儿一定受到影响，但是，如果母亲服用了这些物质，胎儿受影响的可能性就会增加。胎儿酒精综合症（Fetal Alcohol Syndrome，FAS）的一个严重后果就是精神发育迟滞。如果孕妇在怀孕期间酗酒，她的胎儿就有可能得FAS。在美国，1 000个新生儿中就有1个FAS；在非裔美国人中的比率更高，而美国印第安人的比率还要更高。FAS会导致中枢神经系统受损或功能紊乱、面部异常以及身材矮小。FAS患者经常会有轻度的精神发育迟滞，还有与注意缺陷多动障碍相似的缺陷，如缺乏冲动控制。

一些研究还讨论了一些可能导致精神发育迟滞的社会和心理方面的原因，包括：贫穷的环境或家庭、婴儿期缺乏刺激（智力、情感、身体方面）以及父母的忽视和虐待（情感、身体、心理，还包括性）。这些原因很容易解释和探究。在这种环境中抚养的孩子会缺少玩具、书本、计算机，以及其他有助于发展的一些资源等等。这些孩子的父母可能不得不兼职多份工作，因此，他们几乎没有时间和孩子们在一起。这些孩子可能是看电视长大的。很有可能他们的

父母也是在贫穷的环境中长大的，社会活动家（研究者）经常说贫穷导致了恶性循环。这些父母可能缺少使他们的孩子摆脱贫穷的资源和技能，因此就这样不断恶性循环下去。哈洛（Harry Harlow）的实验关注了对恒河猴的剥夺效应，心理学家经常引用这个实验来倡导“手拉手”的养育方式以避免孩子的异常行为或发育迟滞的出现。学前教育（Head Start）之类的计划能够有效的补偿文化和心理剥夺的不良影响效应，可以使很多孩子最终能够正常地生活。

总之，虽然我们已经指出了一些导致精神发育迟滞的生理原因，但还有大约50%的情况，其原因是不清楚的。大多数这些个体都被分类为轻度精神发育迟滞。

治疗计划

对塞缪尔的治疗计划非常简单。因为塞缪尔在史密斯夫人的资源室里已经取得了很大的进步，所以我们建议学校，如果可能的话应该让塞缪尔继续待在那种环境下。我们也建议学校，如果时机合适的话，应该把塞缪尔编入学校的常规班级。我们感觉塞缪尔是可以在常规班级里上课的，尤其是艺术课。塞缪尔画画非常棒，并且他也乐于画画。我们也建议塞缪尔进行家庭治疗，而他的妈妈对此反应强烈。“不可能，我不能不工作而来你们这里，塞缪尔也不需要这些。他得的是唐氏综合症，而不是心理疾病。他需要的是学校的帮助，而不是其他的人。让他的爸爸来这里吧，他是个疯子。”你对塞缪尔妈妈的反应感到吃惊吗？我们试图让塞缪尔和他的妈妈进行家庭治疗，但是我们失败了。我们把决定权交给了学校，他们接受了塞缪尔妈妈的观点。短期治疗对于一个家庭来说，是处理精神发育迟滞相关问题的最佳方法之一。父母的角色应该被看做是老师；当然，这个角色作用将要超过学校。父母最初实践的角色将是教授技能而不是减少问题行为（如愤怒管理）。

学校的观点是塞缪尔有学习问题，而不是心理健康问题。从技术上来讲，

他们可以“强迫”塞缪尔接受治疗，但是没有人会从中受益。他们告诉我们：如果需要的话，他们会寻求我们的帮助，也会将塞缪尔送到学校的社会工作者那里。这真是丢面子，因为我们对塞缪尔的干预是非常棒的。

在资源室里，塞缪尔的特殊教育老师花费了很多时间教他一些基本的生活技能，包括：怎样刮胡子、刷牙和穿衣服。一些典型的行为方法如教导（身体上和言语上的）、指导、奖赏在资源室里也得到了应用。当教一些简单的技能如刷牙时，这些方法是非常有效的。在资源室里，他们也教给塞缪尔一些社会技能（在社交场合中如何表现得体）以及如何管理愤怒。塞缪尔有些控制问题和边缘性人格问题，这也是特殊教育老师所关注的。塞缪尔很容易发脾气，有时候他会当众手淫。对精神发育迟滞者来说，行为干预（教授基本的技能，纠正异常的行为以及强化正性的行为）被证明是最有效的治疗模式。

有趣的是，预防和早期干预的治疗模式应该经常地使用。如前所述，通过进行合适的、细致的产前照顾，拥有一个精神发育迟滞孩子的可能性将会大大降低。出生前的基因检测、羊水诊断以及超声波扫描图（sonogram）这些技术都能帮助你确定胎儿的健康情况。超声波扫描还能够帮助你检测胎儿可能与精神发育迟滞相关的结构性异常。先前我们已经讨论了产前筛查（prenatal screening）和羊水诊断。当我们谈论预防的时候，我们关注的是准妈妈。如同我们所提到的，她应该在受孕之前注射所有相关疫苗，避免饮酒和其他药物，过一种健康的生活。早期干预是指苯丙酮尿症的检查，以及在需要的情况下进行严格的食物控制和补充。

让我们来进一步探讨一下唐氏综合症。从受孕的第16~20周要进行羊水诊断，从子宫里抽取羊水样本；羊水诊断会有一些不舒服，但危险性相对较低（大约有接近1%~2%的流产危险）。强烈建议35岁及以上年龄的女性去做检查，因为此年龄段生育唐氏综合症婴儿的可能性会更大。有些母亲，像塞缪尔的母亲那样，不去做羊水诊断，不论自己的孩子是什么情况，她们都将接受。

另一些母亲选择去做羊水诊断，如果结果不是她们想要的，她们可能会放弃这次做妈妈的机会。值得提出的是，如果一个孕妇是35岁，她的婴儿不一定会得唐氏综合症。总的来说，无论产妇的年龄多大，孩子得唐氏综合症的几率还是比较小的。

塞缪尔的身体特征就是唐氏综合症患者的身体特征。唐氏综合症患者的缺陷也能被他某个优秀的方面所补偿。这些人可能是你所碰到的最可爱的人。塞缪尔对我们有着浓厚的感情，与我们拥抱，当我们变换房间的时候拉着我的手，经常对我们微笑。即使他的妈妈有明显情绪的时候，你也可以看到他非常爱她。当一个心理治疗师体验到这些的时候，会感到很欣慰。

如同我们先前所讨论的，目前还没有可以治疗精神发育迟滞的药物。如果个体有另外的心理问题，需要进行药物治疗，是可以考虑用药的。因为精神发育迟滞个体会伴有一些生理问题，所以在开处方药的时候一定要谨慎小心。

预后

塞缪尔的预后被评为“一般”。看看你是否同意这些理由。在资源室里，塞缪尔取得了很大的进步，并且他学会如何弥补他的缺陷。我们评为一般，是因为他的妈妈不想接受家庭治疗，我们觉得需要解决一些问题，尤其是塞缪尔妈妈的一些问题。我们担心她的问题会影响塞缪尔以及塞缪尔在学校的进步。

塞缪尔回到了资源室，并且最后的报告表明他在常规艺术班里取得了很大进步。他的一些艺术作品被展示在大厅里，校长告诉我们，学生们并没有挖苦他。塞缪尔在资源室里认识了一个女孩，他非常高兴。诊断测试的时候是我们最后一次见到塞缪尔，3个月后，我们收到了塞缪尔的一封来信。在信封里，他放了一张画和**Derek Jeter**（**Yankees**棒球队的主力队员）亲笔签名的棒球卡。“……因为我有两张了”，塞缪尔在信里写道。

复习和思考题

蒂莉

1. 蒂莉的姐姐在读医学院，而蒂莉却有学习障碍，这种现象是不是不正常？
2. 蒂莉的过敏与她的阅读障碍的关系有多大？
3. 讨论你是否会给蒂莉开处方药的原因。
4. 蒂莉的焦虑障碍和压力与她的阅读障碍之间有何关系？
5. 列举出一些原因来说明学习障碍的个体也会有一些心理问题。
6. 是什么可能导致了蒂莉的溃疡？

塞缪尔

1. 讨论对付塞缪尔妈妈的有效方式。
2. 你对羊水诊断的看法是什么？
3. 唐氏综合症被发现已经有好几十年了；我们知道如何去检测它，但是我们为什么始终不能够预防或者治愈它呢？对这些问题进行讨论。
4. 如果需要给塞缪尔开一些精神药物的话，你的建议是什么？
5. 塞缪尔父亲的历史究竟有多重要？
6. 讨论一下你对塞缪尔进入常规班级学习的看法。

第九章
发展障碍 II

我们将要讨论的两种发展障碍涉及到行为控制或者行为破坏方面的问题。由于多种原因，品行障碍（Conduct Disorder，又称行为障碍）显得相当有趣。治疗干预对于这种障碍的疗效往往不是很好，而且更重要的是，如果不加干预，它就有可能发展成反社会人格障碍（Antisocial Personality Disorder，ASPD）。品行障碍与青春期的酒精与药物滥用／依赖似乎也有关系。

近几年来，注意缺陷多动障碍（ADHD）受到了人们大量的关注。根据一些研究，在美国ADHD至少影响了200万在校儿童，大概占了各地区学龄儿童的3%～6%（Hill & Schoener，1996）。ADHD在男生中的发病率远远高于女生。ADHD似乎与心境障碍、学习障碍、焦虑障碍和物质使用障碍都存在正相关（Lambert，Hartsough，Sasson & Sandoval，1987）。与品行障碍一样，ADHD的治疗疗效也不是很好，但它同样也是可以治疗的。

我们的第一个案例，伯纳德，是一个具有行为问题的8岁男孩。伯纳德还有一些其他的问题，看看你能否在我们给他作出诊断之前把它们辨别出来。相比之下，杰奎琳的案例就更不典型，因为ADHD在男生中的患病率是女生的3～9

倍（Angier，1991），然而，这并不意味着女生不会患上ADHD。杰奎琳就是一个可能患有ADHD的12岁女孩。像许多其他的案例一样，她也可能存在其他的问题。一定要记住，ADHD在在校儿童中可能被诊断过度了。对此，我们也将探讨一下可能的原因。最后，ADHD经常被施予药物治疗，尤其是利他林（哌醋甲酯）。在本章的稍后部分，我们将讨论涉及到利他林的一些问题。（注意：由于本章案例中个体的年龄以及伯纳德和杰奎琳都不愿意治疗中被录音等原因，本章在某些部分将采用较传统的叙述性风格，但只要有可能，将仍然直接引用第一人称的表述。）

品行障碍

伯纳德的案例：失去控制

问题呈现

伯纳德是一名在当地公立小学读书的8岁白人男孩。他正在读一年级，并且是班里年龄比较大的学生之一。伯纳德是一个独生子。他的妈妈为县政府工作，爸爸是当地一家罐头加工厂的工头。“我爸爸负责管理一群工人，让他们把原料，例如豆子或其他东西，装进罐头里。他做起这个来的确很在行。他是老板！我妈妈也工作，但我不知道她在做些什么。她常常要打字，有一次我曾看到她工作时的样子。”伯纳德的妈妈决定不再要更多的孩子。介绍他来治疗的人在记录中提到他妈妈“清楚地认识到伯纳德将给我们带来很多问题。因此，我们决定只生一个孩子。我们没有能力处理许多问题，并且我们也负担不起另一个孩子额外的治疗费用。”

在治疗期间，伯纳德非常活跃，总是在玩自己的双手、摩挲头部、摆动手臂，并且一直在张望办公室里的每一样东西。他表现出恰当的情感反应，在治疗过程中当我们和他进行目光接触时，他总会皱眉，这是非常少见的。伯纳德下身穿牛仔裤，上身穿一件印有“Limp Bizkit[注]”乐队的T恤。他的运动鞋没有鞋带，裤脚堆在脚踝处。他的妈妈也表现出恰当的情感反应，让人感觉愉快，穿着得体，但是不怎么笑。她的目光接触良好。

【注】Limp Bizkit是美国最著名的说唱金属乐队，于1994年成立。——编者注

对伯纳德在校记录的进一步调查为我们揭示了更多有用的信息。伯纳德每天会有一段时间行为比较正常，通常在早上，但是到了下午他常常就会有所行动，在教室里情绪爆发。由于这些爆发通常会导致暴力，学校决定给他配备一个全天的帮助者，Q夫人。学校提到，“由于帮助者的在场，今年他的行为有所改善。但他仍然需要进一步的改善。”

伯纳德是通过他的校长介绍给我们的。校长说，“当帮助者不在伯纳德身边的时候，他的问题似乎会变得更加严重。因此我们需要一个准确的诊断，来决定是否让Q夫人继续全天帮助他。”

背景信息

伯纳德的家庭背景信息繁多有趣，并且由于一段艰难的医疗史而显得十分复杂。伯纳德患有发育滞后（developmental delay），而且刚到1岁的时候就出现了情绪问题。他被送往当地的医院进行评估。医院收治了他，他也从此开始了童年早期的治疗干预进程。他取得了一些进步，但是他的进步受到了他妈妈的阻碍。医院报告中说，他妈妈“无法满足他的需要”。伯纳德由妈妈一人单独抚养。他的妈妈有酗酒问题，在醉酒期间怀孕。他的父亲在发现她怀孕后就消失了。此后，她试图独自抚养伯纳德，但没有成功。儿童福利机构非常清楚她的情况，因为在伯纳德出生前后，她曾多次因醉酒和扰乱秩序（Drunk and Disorderly，D&D）而被警察拘捕。布兰达最终相信自己不适合做母亲，因此，为了伯纳德的安全，她把孩子移交给了寄养中心。

伯纳德在寄养中心一直待到5岁，然后被当地的一个家庭领养。伯纳德的养父母属于中等偏上社会阶层。他们有一小笔贷款，为人热情有同情心。他养母告诉我们，“我们知道伯纳德有问题，但是我们想要孩子。这并不容易，但当我们看到他时，我们立刻就爱上了他。他征服了我们。很多年龄稍大的孩子很难被领养，但我们愿意，尽管会很艰难。”

伯纳德的医疗史非常复杂。他由于散光（近视）而戴上了眼镜。通过他的医疗记录，我们发现，在最初配眼镜时，他的度数被低估了约20%。这严重妨碍了他在课堂上和运动场上的表现。最初人们觉得伯纳德显得很笨拙、不协调，但是当他的眼镜度数得到调整后，他的行为立刻得到了显著改善。伯纳德5岁时，由于耳炎复发，医生把管子插进了他的耳朵里。最后，当他6岁时（生日后的第三天），他的阑尾突然破裂，紧急做了阑尾切除手术。不用多说，这个小男孩在他小小年纪就已经经历了很多苦痛。“我喜欢医院的医生，他们给了我许多冰淇淋、气球，还有一个泰迪熊！”

在我们继续下去之前，我们需要回顾一下有关品行障碍的一些事实和问题。首先，品行障碍常常伴有ADHD的症状。但它们是有区别的，区分它们正是治疗师要做的工作。有很多时候，儿童仅仅是行动很差、缺乏纪律，或是有其他不符合DSM-IV-TR诊断标准的行为问题。但是，老师们由于不愿意或是没有能力去解决这些行为问题，就有可能想把这些孩子赶出他们的教室。通常来说，教育机构并没有为这种类型的问题准备充足的师资，因此他们的反应也是可以理解的。最后，对于品行障碍的发病，似乎存在某些关键的原因。随着我们对伯纳德这一案例的进一步学习，看看你能否从中发现这些因素。

思考题

1. 伯纳德发生了什么事？
2. 在评估伯纳德的状况时，他的医疗史有多重要？
3. 他妈妈的饮酒史有多重要？
4. 讨论一下，儿童被其亲生父母所丢弃这一事件有多大的代表性？
5. 有关伯纳德的亲生父亲，你需要发现些什么？
6. 伯纳德说的话是一个8岁孩子的典型话语吗？

评估与诊断

对伯纳德的评估，我们使用了非结构式诊断访谈、档案（学校和医院的记录，早期的报告等）检查，一组心理教育测验和心理测验。在这个案例中，我们和伯纳德所在的学校及老师紧密合作，因为是学校把他推荐过来接受治疗的，而且学校要为治疗的大部分负责任。通过这些途径，我们获得了关于伯纳德的更多重要信息。

伯纳德告诉我们，他有“两个妈妈。其中一个生了我，但对我很差。我的另一个妈妈对我很好。我只有一个爸爸，他和好妈妈在一起。他在工作中是大老板！”在检查他的记录时，我们发现伯纳德的亲生父亲曾殴打他的亲生母亲，“用木棍和电线。在她怀孕时他依然殴打她。而当他得知她已怀孕后，就离开了，并且从此再也没有音讯。此外，他母亲曾被诊断为酒精依赖。她说是在醉酒的情况下怀上了伯纳德。但并没有迹象表明伯纳德患有胎儿酒精综合症（FAS）或者胎儿酒精影响（Fetal Alcohol Effects，FAE）。”我们问伯纳德是否记得当他还在家时母亲都做些什么。“在我去寄养中心之前，我记得妈妈常常在睡觉。当她醒来时，她会很滑稽地去走来走去，也会很滑稽地说话。”当谈到这些时，他对我们笑了起来。

通过阅读上述信息，一些问题变得越来越清晰。即便没有迹象表明伯纳德患有FAS或 FAE，但是基于他的抚养史，他极有可能患上某种类型的学习障碍。也许当他还是一个胎儿的时候，由于母亲挨打，他也有可能受到了物理性的损伤，例如创伤性脑损伤（TBI）。我们又问了伯纳德一些问题，希望能从中收集到更多关键信息。

“我揍过很多小朋友。因为我带着眼镜而且说话较慢，他们就捉弄我。有时还因为我有两个妈妈而捉弄我。因此我就打他们或者咬他们。他们从那以后就再也不敢捉弄我了。我狠狠地打他们，打他们的脸。”我们问他在班里表现

怎么样。“我在班里是一个好孩子。但是如果有人捉弄我，我就会打他们。昨天有个小孩把我的眼镜弄掉在地上了，我就打了他。我又必须去见校长了。”

我们也访谈了他的老师，他报告了类似的事件。伯纳德在学校多次打架，尤其是在休息时或是在操场上体育课时。即使小朋友们并没有捉弄他，他也会打他们。Q夫人告诉我们：“由于某种原因，在上午他会表现很好，但到下午就会发生一些事情。他的控制力会变差，注意广度也会缩短。我不确定到底是怎么回事。”我们对此进行了进一步的调查，询问伯纳德会在什么时间休息。

“我吃完午饭后会去玩。我在学校吃午饭。这很令人讨厌。我喜欢喝果汁。有时我们会发苏打水，我很喜欢喝。吃完午饭后我总是会在校园里玩。”我们发现这个时间表很有趣，特别是因为这意味着伯纳德恰好是在下午休息。这是否与他的行为问题有关呢？我们与他的老师和校长对此进行了讨论。

他们的反应？他们不很确定，但是由于课程表的限制（包括学生太多、老师和助手不够、经费有限等），伯纳德的休息时间确实无法改变。我们请求学校做一些改变，仅仅是作为一次试验来看看会发生什么事。我们也请求他们从伯纳德的午餐中去掉苏打水，因为咖啡因对于注意力缺乏没有帮助。我们继续检查伯纳德的医疗记录。

我们发现医生曾把管子插进他的耳朵里，那是因为“明显的耳炎感染。他的言语发展也因此受到阻碍。此外，他的亲生母亲会让他长时间一个人独自待着，并且很少跟他讲话。他说话比较晚，直到3岁半才开始学会说话，这导致了他的某些发展滞后。此外，他曾被诊断为远视，而事实上他却是散光和近视。一年后这个错误才得以改正，这可能也会影响他的发展。”

我们在伯纳德的医院和学校记录中还发现，在他的原生家族中，特别是他的母亲及母亲这边的亲戚中，具有显著的学习障碍史。他的生母和他母亲的妹妹都被诊断为学习障碍，特别是阅读及言语障碍。请注意学习障碍可能会在家

族中遗传，尽管有时可能会隔代遗传。例如，诵读困难——最普遍的一种学习障碍，似乎就与基因因素有关，而基因因素会导致某种类型的大脑异常（Shaywitz，1998）。如果父母患有诵读困难，孩子出现诵读困难的可能性就会更高（Vogler，DeFries，& Decker，1985）。

这个背景资料是至关重要的，因为现在我们已经可以指出伯纳德问题的一些起因了。患有学习障碍的人也易于出现情绪障碍，他们也有可能患有ADHD。伯纳德还需要进行更正式的诊断来确定是否患有学习障碍，我们也需要收集关于他的行为问题的更多信息。

学校为伯纳德做了心理教育评估，因为他们有一个驻校的学校心理学家，这样也会便宜一些。在伯纳德接受测试前，还要征得他父母的同意，以确定他们对此没有异议。评估的结果非常有趣。伯纳德的测试成绩表明他有学习障碍，尤其在写作和语言方面。学校心理学家提到，他的言语能力处于5岁孩子的水平，而他的写作能力则处于小学一年级的水平。他还具有短时记忆缺陷。但有利的方面是，这个诊断可以让他得到特殊教育服务，同时还可以让Q夫人继续帮助他。需要注意的是，在与伯纳德的三次测验疗程中，其中有两次都需要Q夫人在场以“使得伯纳德保持冷静并能够进行测试。有一次测验疗程结束时，他把一些材料扔到了主试身上。”

我们仍然需要关注于伯纳德的行为问题。我们对他进行了一系列的行为清单测试、完成句子（sentence completion）测验、儿童统觉测验（children's apperception test，CAT）和房—树—人测验（HTP）。其中后两项测验属于投射测验。我们把这些行为清单给他的老师和养父母看。结果证实伯纳德的确有行为问题，倾向于突发性的暴力，特别是在下午。他在家里没有那么多的问题，因此他大部分问题似乎限制在学校内。他母亲说：“伯纳德对火和火焰非常着迷。他也喜欢砸烂玻璃。他砸碎了邻居的三个玻璃窗，他说这都是意外。”

在伯纳德的CAT、完成句子和HTP测验中经常出现的主题有：愤怒、分

离、拒绝、低自尊和疏远。伯纳德告诉我们，他希望自己成为"一头像图片中那样的狮子，这样我就可以痛扁并杀死任何捉弄我的人。我是最厉害的。"他还告诉我们，他"希望我能像超人那样飞翔，离开所有人。我要去卡普登【注】（Krypton），离开所有人回家。没有人能打败我，因为我的身体是钢铁做成的，我一拳就可以打倒他们！"在他的HTP测试中，太阳是黑色的，他画了"我的两个妈妈"。他的养父母面向前方，他的亲生母亲面向后方，远离前面。他还画了一个没有窗户的房间。他的画内容丰富、笔触精致，这给我们留下了非常深的印象。我们就此询问了伯纳德，"我喜欢用蜡笔作画。Q夫人给了我很多帮助。我画了很多画。她给了我一大盒的蜡笔！"

此刻，我们认为已经有了足够的信息，可以为伯纳德做出一个初步诊断。我会先写出我们的诊断，随后写出学校的诊断。看看你是否同意这些诊断；如果不同意，想想你的理由。

我们的诊断：

品行障碍，儿童期发作型	312.81

学校的诊断：

语言表达障碍	315.31
书面表达障碍	315.2

病源理论

我们在第八章已经考察了学习障碍的病因，因此现在我们将集中于品行障碍的病源理论，而这也正是我们对伯纳德做出的主要诊断以及我们对他的治疗计划的关注点。有品行障碍的儿童会故意表现得很残忍，无论是生气勃勃的人还是死气沉沉的物体，都会成为他们故意攻击的目标。

【注】《超人》电影中超人的家乡。——译者注

遗传因素和环境因素都会对品行障碍的发展起作用。研究发现家庭环境对品行障碍的发展起作用，但至于是家庭的环境还是家庭的遗传在起作用，目前尚无定论。一些研究假设可能存在两种类型的品行障碍：第一种会在青春期消失，但更为普遍的类型是会持续下去而并不消失。第二种类型似乎与发展出品行障碍的遗传易感性有关，即与一种遗传素质有关，这种素质使得人们在压力较大的时候更加脆弱。会消失的那种类型则似乎与父母的养育、孩子的同伴以及环境更有关系（Comings，2000）。品行障碍与ADHD伴发的基因联系性，比起品行障碍与物质依赖伴发的基因联系性来说，似乎要更强一些（Comings，2000）。最后，童年期的反社会行为似乎能预测这些孩子的后代也会出现类似的行为。换句话说，异常行为中似乎包含着遗传成分而不是环境成分。

在研究品行障碍的病源学时，家庭背景是相当重要的。研究发现这些家庭曾经历过（或正在经历）资金困难、失业、严重的身体疾病或者没有固定居所。他们的社会支持系统很差，邻里关系也不好。父母可能缺乏养育能力，但是缺乏或很差的养育能力并不意味着子女一定会得品行障碍，只是增加了患病的可能性（McMahon & Ester，1997）。孩子会在家庭中学习应对问题的技能以及如何在家庭情境之外使用这些技能，即便是非正常的应对技能。

不难想象，品行障碍儿童的同伴关系会很差。这意味着什么呢？他们似乎缺乏社交技能；他们可能有错误的归因方式。也就是说，他们会对别人的情绪进行错误的感知，他们可能会认为别人对自己怀有敌意。当别人的情绪或者所处的情境信息较为模糊时，尤其如此（Dodge，1993）。与品行障碍有关的一个典型问题是，这些孩子对问题解决常常采用攻击性的反应。例如，在游戏机或者苏打水自动贩卖机前，他们不会把硬币投进机器，相反他们会试图破坏机器以取出里面盛硬币的盒子。

Dougherty，Bjork，Marsh和Moeller（2000）发现品行障碍儿童倾向于学业成绩不良、具有阅读障碍并且无法集中注意力。这些与学校有关的问题可能是

由大脑或者神经的故障所引起的（Toupin，Dery，Pauze，Mercier，& Fortin，2000）。

总之，大部分专家对品行障碍的病因持交互作用的观点。这就是说，似乎存在遗传性的因素，但我们并不确定到底是遗传因素、还是性格、还是某种素质导致了品行障碍的产生。家庭环境、养育水平差或缺乏养育能力，以及严重的环境及社会应激似乎都是致病的关键因素。

治疗计划

我们为伯纳德设计出最好的治疗计划后，就开始与学校合作执行。我们决定进行个别治疗，并且作为要求，伯纳德在学校要接受特殊教育服务。这包括他要在资源室度过一天中的大部分时间，如果不是全天的话。我们认为在这段时间内，伯纳德的行为过于危险，不适合待在常规的教室内。资源室还有一个好处是里面只有8个学生。陪同伯纳德的会有Q夫人、另一位教师以及教师助理。他所接受的这些个别的关注会帮助他取得进步，并且极有希望让他在学校中的行为能逐渐接近适合他这一年龄的水平。

品行障碍很难得到有效的治疗。尽管如此，有三种治疗模式在实践中已经取得了不同程度的成功。我们对伯纳德采用了多系统治疗（Multisystemic Treatment，MST）方法（Heggeler，Schoenwald，Borduin，Rowland & Cunningham，1998）。MST认为所有的系统对孩子都有影响，因此都需要被包含在对孩子的干预和治疗当中。这些系统包括家庭、学校和社区。反社会行为正是被孩子和一个或几个这样的系统之间的交互作用所诱发并维持下去。MST将会使用其他一些治疗技术，对此我们会做简略的概述。实际上，如果有可能，所有的家庭成员、学校的职员以及出现在孩子生活中的所有其他个体都包含在内。我们邀请了伯纳德的特殊教育老师以及Q夫人参与治疗。学校希望我们设立一个行为系统，在这一系统中，好的行为（或者没有暴力行为）会受到

奖励，暴力或攻击性行为将受到惩罚，通常会使用计时隔离（time-out【注】）或者其他形式的惩罚方法，但我们不使用体罚。

我们也使用了Kazdin的认知问题解决技能训练（Problem-Solving Skills Training，PSST；Kazdin，1996）。指导和反馈在实践中结合起来，让孩子发现处理问题情境的不同方法。关键是让孩子改变对他人动机的归因方式。我们教伯纳德学会对其他孩子的情感更加敏感，并学会用更为社会所接受的恰当反应来面对问题。

我们让Q夫人去关注伯纳德的兴趣和才能，尤其是他的绘画能力。我们建议她每天至少有三十分钟的时间让伯纳德画画，我们还建议在家里也留出一段时间来让他去画画。伯纳德很喜欢这样。“我真的很喜欢画画。我喜欢用蜡笔去画画！”我们发现画画可以让他集中注意力并且安静下来。最终，伯纳德能够做到在画画时以及画画的前后30分钟内都保持安静。Q夫人坚持每天下午同一时间让伯纳德开始画画，这样伯纳德就会期待这个时刻的到来，同时更好地练习对其行为的控制。强调积极的一面正是MST的另一个观点。

学校从伯纳德的食谱中去掉了咖啡因，并限制了过多糖分的摄入。我们希望做这样能有助于伯纳德保持安静。当饮食改变后，伯纳德的确变得更安静了，但我们无法确定这是由饮食引起的，还是由画画引起的。伯纳德在休息时间还是易于有暴力行为，这使得惩罚不得不变得越来越严重。最终校长说“没有任何选择了，只能禁止他休息。我们曾尝试让他和年龄大一点的孩子在一起，这有一点作用，但他还是会和他们打架。我们决定禁止他休息，他可以和Q夫人一起单独待在外面。”校方希望等一段时间，看看愤怒控制技术和奖惩技术能否帮助伯纳德有所好转，从而恢复他的休息时间。

【注】它是通过暂时孤立幼儿来改正其不良行为的一种方式，有点像中国的关禁闭。在美国，父母常常会选择使用“time-out”，而不是打骂来对待犯了错误的孩子。“计时隔离”对美国孩子都具有威慑力，是非常有效的惩罚手段，这与社会文化环境等因素有很大关系。——编者注

特殊教育老师和学习专家通过帮助伯纳德对学习策略的掌握，以应对他的学习障碍。很奇怪的是，诊断为学习障碍竟然对伯纳德有所帮助。他现在有教学辅导，还可以获得特殊教育服务。他可以在以后的学校生涯中接受这些服务。

我们的治疗计划中也包括了伯纳德的养母，和她探讨在家里进行的治疗方法和技术。她告诉我们，“我有点担心伯纳德会做出什么事情来。他一旦情绪爆发可能会打碎玻璃，我们认为他曾杀死了一只邻里走失的猫。我们害怕他也许会伤害我们。”我们和伯纳德的妈妈讨论了很多对策，她同意如果伯纳德在家和在校的情况仍然没有改善的话，他们会考虑把他送往青少年之家（a youth home）。“我们当然不想这样做，但是情况似乎变得更严重了。”我们讨论了伯纳德正在学习新的技能来管理他的行为和归因方式，以及在家里她应该去关注他的画画。学校也建议她在伯纳德的食谱中去掉糖分和咖啡因。

我们对伯纳德的妈妈进行了父母管理能力训练（Parent Managemnet Training，PMT）。目的很简单：教父母学会改变孩子在家中的行为。这是基于以下这种观念：家庭功能不良的环境要为孩子的反社会行为负部分责任，以及改变父母与孩子的交互作用将会带来孩子自身的行为改变。我们想让他的母亲学会一些新的特殊技能，如交流、监控和监督。PMT对12岁以下的儿童最为有效，但它的长期效果如何目前尚不清楚（McMahon & Wells，1998）。

最后，一些专家认为，预防才是治疗品行障碍最有效的方法。预防基于以下一些假定，它们也许准确，也许不准确。首先，如果品行障碍的症状在初期被发现并进行治疗，预防最为有效。也就是说，年龄越小品行障碍治疗起来越容易。其次，预防措施可以集中注意在孩子的优势上，并缓解可能导致孩子出现反社会行为的风险因素，如学业问题或者同伴关系问题。预防，虽然要花费钱财，但学校或精神健康中心等社会机构将会从中受益，从而节省钱财，挽救生命。

由于伯纳德已经被证实具有反社会行为，我们的治疗计划中包含了对他将来可能出现问题的预防措施。除了使用PSST和PMT以外，我们还花费了大量的

时间在Q夫人和伯纳德的特殊教育老师身上，以帮助他们能够关注他的优势，减轻他的缺陷，从而避免将来出现更多的问题。换句话说，如果能早发现，治疗成功的机会就会增加。

我们把剩余的大部分时间都花在让伯纳德画画和使用游戏疗法（play therapy）上。伯纳德喜欢玩玩偶之家【注】（dollhouse），而且总是把“养父母”和“他自己”一起放在玩具房子里。当我们把他的“亲生母亲”也放进去时，伯纳德却会让“她”待在“浴室里。她总是在那里。她会在那里睡大觉。”伯纳德的任何活动都不会让“她”参与，也极少用到“她”。伯纳德真的想要“一只小猫。看到了吗？它正和我们一起待在房子里呢。它是一只公猫，名字叫班尼。它有黑白相间的条纹。”在我们的疗程中，伯纳德玩得很安静，画画时也很安静。

精神分析一般对品行障碍没有疗效。被压抑的目标改变了伯纳德的行为。深度分析一个8岁孩子的过去可能并不是最好的方法。学校雇用我们是希望能够尽快解决伯纳德的暴力问题，越快越好。在这种情况下，行为技术是最佳选择。

随着治疗的进行，没有立刻看到伯纳德有很大的进步。我们继续在他妈妈这边进行努力，教她计时隔离的程序、合适的惩罚，以及养育和沟通技巧。我们发现这其中的很多技术在家里却并没有得以执行，因为他母亲觉得“它们看起来对伯纳德太残忍了。我不能确定是否还有任何希望。我恐怕他会一直是这样的脾气。想想他的成长背景，你还忍心责备他吗？”

我们教Q夫人和伯纳德的母亲学习渐进性肌肉放松技术。其目的是，为了保证在伯纳德有暴力情绪的时候，他的母亲和Q夫人不会紧张。这种疗法在两位女士身上都取得了成功。

【注】这是欧美流行的儿童玩具，就是搭出整幢建筑的内部结构，以供小孩把代表自己、父母及朋友的玩偶放在里面过家家。——编者注

她们学会了这些技术之后（并且在伯纳德的食谱中除去咖啡因和糖分，这一点是校方最感兴趣的），Q夫人和伯纳德的妈妈注意到他情绪爆发的次数有一定程度的降低。以前整个下午都处在爆发的边缘，而现在伯纳德仅有几个小时有暴力倾向。他也学会了当他感到自己想打人时就把手放在口袋里、深呼吸并且闭上眼睛。“我现在不怎么打人了。我过去常常打女孩，但是现在不打了。我有时还会打男孩，因为他们还是会捉弄我。我有一幅画挂在了学校的墙上！上面还有一颗金星！”

我们对伯纳德的治疗持续了5个月，一直到那一学年结束。由于学习成绩没有取得什么进步，他被送往暑期学校留下来继续学习。Q夫人告诉我们“他仍然会有情绪的爆发，但不像刚开始见到你们时那么糟。只要他开始推搡别人，就会被计时隔离。伯纳德认识到由于这些暴力行为，他陷入了巨大的麻烦当中，但是有时他好像也无法控制自己。他不会为他所做所为感到后悔。这的确非常糟糕。”

最后一次疗程中，伯纳德为我们画了一幅画。上面有他的养父母、一只猫、Q夫人和我们。所有人都是面向前方，太阳是明亮的橙色。但是画中没有他的亲生母亲。伯纳德自己也在画里，手放在口袋里，正在微笑。对于品行障碍的治疗，即便是很小的进步，都具有非常重大的意义。

我们现在来看一下可能会用于治疗品行障碍的药物。过去的一些研究证明利他林会有一些疗效，尤其是治疗与品行障碍相关的反社会行为时（Abikoff & Klein，1992）。当同时患有ADHD与品行障碍时，利他林（哌醋甲酯）这样的刺激剂似乎是最有效的，但最好是具体情况具体分析（Abikoff & Klein，1992）。治疗师有时也会考虑使用抗精神病药，如氯哌啶醇和氯丙嗪。当爆发的行为非常暴力时，常会考虑使用这些药物。这里的主要问题是抗精神病药的副作用非常大，尤其是长期服用的话。给年龄很小的儿童服用这种药还会有额外的风险。最后，这些药物对治疗品行障碍的行为症状并没有很高的成功率

（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。

锂（碳酸锂）在过去也曾被使用过，但像所有其他的药物一样，它的效用也令人怀疑。人们也曾尝试使用抗抑郁药，但是疗效与我们前面描述的其他药物也是类似的：值得怀疑。另一种药物，抗惊厥药，过去也曾尝试过。一些研究证明得理多（卡马西平）这类药物在降低情绪爆发的次数上可能有效。然而，就像其他所有事情一样，这需要因人而异（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。

因此，由以上的研究我们可以断定，没有一种药物对于品行障碍的治疗是被普遍接受或是完全有效的。认知行为疗法，以及MST、PMT、PSST方法，似乎是最有效的治疗方式，药物治疗则可以作为一种辅助性治疗手段。Kazdin和Wassdll（1999）在他们对品行障碍的研究中得出了两个结论。首先，似乎并不存在单一的或多种明确有效的治疗模式。其次，更重要的是，各种疗法成功或失败的程度，取决于相关风险因素（例如社会应激）、保护性因素（例如有很好养育能力的父母、愿意提供支持的有见识的学校），以及行为问题的类型和严重性。这一领域还需要进行更多的研究。

预后

伯纳德的预后被评为“审慎”。作出这样的预后有以下几个原因。首先，对于我们尝试过的任何一种治疗模式，他的状况似乎都没有明显的好转。其次，任何类型的治疗方案对品行障碍的疗效都不是很好，如果我们将其预后评为更好的水平，将会埋下风险。伯纳德除了现存的学习和行为问题外，还需要克服不幸的成长背景对他造成的影响。伯纳德的父母正在考虑将其安置在青少年之家（一个照料住院病人的地方）。但是很多时候这样的安置都会使问题恶化。伯纳德的养父则似乎游离在这件事情之外。

积极的一面是，伯纳德已经与Q夫人建立了紧密的联系，而且在她的帮助

下获得了缓慢的进步。他的学校意识到他需要大量的帮助，并且他们也已经尽其所能提供了帮助。伯纳德的个性中有很强的创造性，学校对此也一直在鼓励他。

作为后续报道，在最后一次报告中，伯纳德结束了暑期学校的学习，正准备重新上一年级。他的爆发次数已经控制到每天的1～2次，他也不再经常打周围的人。他的绘画进步非常大，学校正准备让他参加高级美术班。Q夫人提到“伯纳德的养母仍然在支持他，他们并不想立刻把他送去青少年之家。不幸的是，他的养父依然很少参与这件事，但今年我们会努力改善这种状况。伯纳德在暑假长高了5cm，他的控制能力也好了很多。画画似乎是整件事情的关键，因为虽然他的阅读和写作能力都有所进步，但是没有达到我们的期望。我们将继续努力直到我们耗尽所有资源，失去所有的希望。”

注意缺陷多动障碍

杰奎琳的案例：容易分心

问题呈现

杰奎琳（杰姬）是一名12岁的黑人女孩。她住在一个小城市里，现在一所公立小学读六年级。杰姬是独生女，她的母亲30岁，在一家快餐馆工作，并尽可能抽时间为当地的一些家庭做清洁工。杰姬6岁时母亲离婚了，她“把那个流浪汉（她丈夫）赶走了。他总是欺骗她，他很坏。他有时还打她。我爸爸是个令人讨厌的家伙，是个流浪汉。我恨他。”杰姬的父亲常常有法律上的麻烦。他生命中的很多时光都是在监狱中度过的，他涉及的罪行很多，从强行闯入他人住宅到贩卖强效纯可卡因都有。“我可以接受很多罪行，但毒品不行。见鬼！我爸爸是推动毒品交易的人。我不做这样的事，永远也不会做。这不是好东西。”杰姬的母亲再婚了，她母亲告诉我们“杰姬需要一个爸爸，一个干净的、正派的人，可以用来做榜样。萨姆很合适。”萨姆是一个公务员，已经在他那个职位工作了20年。萨姆44岁了。“他是有些老，但是我需要的是稳定。我不愿意成为一个统计数字，一个带着问题儿童的单身黑人母亲。再婚后杰姬确实很好，但是其他事情导致她出现了一些问题。”

杰姬是和她的母亲一起来见我们的。杰姬穿了一条长休闲裤，和一件背心，她身高168cm，大概超重了9公斤。她的目光接触良好，表现出适当的情感反应，在治疗期间她一直身体前倾坐在椅子上。她的说话声音很大，当说到一些戏剧性的事情时，她会盯着你看你的反应。杰姬带了一个很大的手提包，有时还会戴一顶棒球帽。她母亲身高173cm，超重，有一些灰色的头发。她戴着

眼镜，经常微笑，情感反应适当。她母亲说话很柔和，每当她觉得自己“用了一个坏词”时，总会说一句“请原谅”。母亲说话时，杰姬总是看向别处；但是和我们说话时，她却会看着我们。

杰姬在学校的成绩不太好，这也是她被介绍到我们这里来的一个原因。在学校她的很多分数“不令人满意”；五年级以后，每次成绩下来，她有一堆的D和F（不及格）。根据她现任老师的说法，这通常是由于她“在课堂上缺乏注意力，以及不能坚持完成学习任务”。由于注意力的问题，杰姬今年留级了，继续读六年级。“我对此真的一点都不在意。我不是很喜欢学校；它令我厌倦。我喜欢运动和视频游戏。现在没时间找男生了。我妈妈和继父不允许我这么做。”听到这里时，杰姬的母亲转了一下眼睛。

杰姬是被她的学校，尤其是她的老师们，介绍到这里来的。他们认为，她不再进步；而且，如果事情像现在这样继续发展下去的话，她可能会再次留级。杰姬过去的历史对她也是一种不好的预示，她的老师们同意这一点。她的行为随着年龄的增大慢慢地越变越差。他们花了很多时间和她待在一起，并告诉我们，杰姬在家里和继父在一起时，她很开心。她的老师们感到很迷惑，不明白到底是什么导致了她的问题，尤其不明白是什么使得这些问题越来越严重。基于以上原因，她被送到了我们这里。

背景信息

杰姬的成长史很平常，发展状况良好。我们向杰姬的老师和学校社工询问了她是否有过饮酒、吸毒或其他法律限制的行为。她的社工桑迪告诉我们，“不完全是这样。就我们所知，她像其他所有的孩子一样去尝试过这些，但是我们不可能一直都看着她。对我们来说，这是正常的青少年行为。她也许曾告诉你们，她对男生不感兴趣，这并不完全是事实。她其实是感兴趣的，但是她害怕如果她和男生交往，母亲和继父将会怎样惩罚她。她一直控制着这些兴

趣，并对此保密。她母亲结婚很早，所以我们可以理解她的想法。而且由于她的父亲曾有过很多法律上的麻烦，这些都会有影响。”

杰姬由于成绩问题曾被送到学校的社工那里去。这发生在她来我们这儿做评估之前。桑迪告诉我们，“杰姬在会谈期间很少说话，但是当她说话的时候，就很明显会发现她还有一些其他的问题。我们感到她需要做进一步的评估。”我们随后决定向杰姬确认这些信息。

“天哪，你们怎么了？我告诉过你们我不会吸毒或是酗酒。我决不会做我爸爸曾做过的事。我母亲有时也会喝酒。那就是导致她怀孕的原因，因此我会远离这些东西的。我所有的朋友都想让我喝酒，但是我不会喝的！我不会说谎的，我尝试过很多东西，但我现在不这样做了！看那儿都发生了些什么事！”

接下来我们向她询问关于男生和男朋友的事情。“呃，亚瑟想勾引我，但是他年龄太大了，我没有同意。我不会说谎的，我喜欢他，但是如果我们在一起了，继父和妈妈会杀了我的，你明白吗？我需要在家里保持安静，远离麻烦。如果我能远离麻烦，我妈妈答应在我毕业时送我一辆车，因此我必须那样做。这台电脑不错。里面装游戏了吗？我有PS2。你玩过Tekken【注】吗？”

我们询问杰姬关于她上课时的注意力问题。“你一定很健忘。我告诉过你学校对我没什么用。有时待在那里真是一个错误。我喜欢看书和玩PS游戏之类的，出去闲逛。学校能带我走向哪里呢？看看我的妈妈。我不上学也可以在麦当劳找到一份工作。我可以做其他的事情赚更多的钱。我不会做我爸爸曾做过的事情，也不会做我的继父所做的事情。学校只是让我走完结婚生子之前要走的路。那张照片是谁？”

我们已经注意到了一些细小的特征，但是我们感到这很重要。这些特征还

【注】中文名为《铁拳》，是一款基于PS2（一种游戏机）开发的格斗游戏，由一家日本公司研制。——编者注

需要做进一步的调查。我们对于如何进行下一步的询问，如果有可能的话，如何进行下一步的治疗，已经有了一些想法。在揭示这些想法之前，我们希望你先思考一些问题。

思考题

1. 杰姬发生了什么事？
2. 治疗师对于如何进一步了解杰姬的情况有了自己的想法。他会问些什么问题呢？
3. 杰姬父亲的法律麻烦与她现在的状况有多大的关联？
4. 杰姬的老师和学校社工认为她对毒品和酒精的尝试对于一个12岁的孩子来说是正常的、典型的。讨论一下你对此的看法。

评估与诊断

我们对杰姬使用了非结构化诊断访谈以及精神科鉴定对其进行评估。我们在一次案例会诊中认定有必要进行精神科鉴定。我们同时决定继续询问杰姬的母亲，如果有必要的话，还要询问她的老师和学校社工。我们将继续对杰姬进行进一步的询问，以便做出一个精确的诊断。我们回到她在课堂上无法集中注意力的问题上。

“呃，有时上学对我来说是一种煎熬。我一点也不喜欢上学，要听懂老师所说的话也的确很难，你明白吗？他们也无法理解我。我就在这儿，很有吸引力，他们并不想接受这一点。我打赌如果他们愿意的话，我一定能做出点名堂来。”接下来我们明确地问她喜欢的科目和不喜欢的科目。

“呃，实话对你讲，我讨厌所有的科目。不过，我喜欢写作，因为它使我有时间去做白日梦和写自己的歌。我长大后想做一个明星。老师说我有一副好

嗓子，应该充分利用这一点。明白我的意思吗？有多少大明星在学校表现很好呢？**Puffy**是个罪犯，但他却成了百万富翁，因此那又有什么关系呢？在学校除了写作外没有什么能让我觉得有意思。你多大年纪了？"

在我们继续问问题的时候，杰姬常常离开椅子，在办公室里走来走去，看看摆着的书，试图打开文件柜的抽屉。我们不得不重复地让她停下回到座位上。她告诉我们她有许多"能量需要释放出来。它不断累积，并且变得很难受，就像胃疼。我会全身颤抖，必须用某种方式把它释放出去。你知道那是什么样的感受。"

杰姬告诉我们这种情况"在我眼中已经发生了大约5年了，但是我真的不知道。刚才我就有这种多余的能量。在学校中我常常由于某些事情陷入麻烦，因此我觉得它可能已经持续了那么久了。（她说的时候在四处走动。）它已经发生了一会儿了。关于它我无法再多说什么了，但是我讨厌学校。让我唱歌吧，那是我的生命。音乐就是生命。"此时，她继续在办公室里走来走去，现在她又开始前后摇摆。

我们问杰姬是否有丢东西的倾向。"噢，是的！就是这样！我从不能让手机带在身上，我还总忘记我的钥匙。这让我常常待在弗朗西丝（杰姬的朋友）那儿，因为我不得不等到有人回家后我才能回去。领带真酷。我会忘记很多东西。托娅的号码，我最好的朋友？不要问我这些。我把它写在手上。生日？记不住。我是不是说得太快了？照片上那个公子哥是谁？"说这些话的时候杰姬的声音很大。

接下来我们与杰姬的母亲进行了简短的交流。我们多次试图让杰姬的继父也参与进来，但是没有成功。就杰姬的行为问题我们询问了她的母亲。"嗯，我能说些什么呢？我总是被叫到学校去。她的老师已经受够了她，我也是。我的问题是，这就是典型的十几岁女孩的行为吗？我不这样认为。过去我们试着用其他的方法来解决杰姬的问题，但效果不是很好。我们可能不得不再次尝试

这些方法。她对其中一些方法很反感，但是当她合作的时候，它们似乎会起些作用。”

我们现在非常好奇，因此就让杰姬的母亲说得再清楚一些。“嗯，杰姬一直都有点问题，就你所知，近来她的行为越来越差了。她的成绩下降了，我丈夫和我担心她的行为变得太极端了。我们担心她会被学校开除，因为她在课堂上变得如此捣乱。她很少能完成家庭作业，常常不带书包就去上课。她总是丢三落四，也记不住事。我们想她的大脑也许出了些问题。杰姬总是到处乱走，不能一直坐在座位上。她还常常和老师争论，但只是言语上的。

“几年前，学校的社工，她的一年级老师介绍的，让杰姬去看精神科医生。他作为顾问来到学校并为杰姬做了检查。他断定她患上了ADHD，应该用塞洛德（Cylert，又称匹莫林，pemoline）进行治疗。他还说她应该每周与社工见一次面，如果可能的话，我也要一起去。那时我去不了，不久之后，杰姬也拒绝去会谈。这发生在学年末，学校告诉我们如果杰姬继续拒绝治疗的话，我们就要考虑为她另找一所学校。让她吃药真是费死劲了。她得了皮疹，常常会把药吐出来。我们最终搬了家，总之杰姬在另一所学校又被退学了。她的新（现在的）学校没有拿到杰姬关于该诊断的任何记录，她的问题也有所好转，所以我们没有在这一问题上对她施压。当然，去年她的问题严重了许多，因此我们现在才会在这里。”

现在事情非常有趣。根据杰姬母亲所说，杰姬已经被诊断过，但是她现在的学校却没有任何记录。这并不少见，尤其是在一个学生转学的时候。正如在前一章所提到的“消失不见”，也就是说，过去的历史在一次转学中遗失了。因而我们不得不再次对杰姬进行诊断并决定是否要对她进行药物治疗。我们也联系了她先前的学校，但是他们无法找到任何她的档案。一场暴风雪曾袭击过那所学校所在的城镇（位于另一个州），并引发了一场洪水，很多档案文件都遭到毁损或遗失。这的确很不幸，但是已无计可施。

我们决定让杰姬去见我们的精神科医生，主要是因为她过去曾服用过塞洛德。另外，这个精神科医生是ADHD的专家，并且我们假定杰姬可能需要服用某种药物。杰姬对此感到很不开心。当我们告诉她这件事时，她开始大声喊叫以示抗议，把手中的铅笔扔到地上，咒骂，最后气冲冲地跑出了办公室。她母亲追了出去，这次疗程就这样结束了。

在同一天晚些时候，我们接到了杰姬母亲的电话，她为杰姬的行为道歉。“我和杰姬谈了很久，达成了协议。我知道杰姬必须接受治疗和评估，杰姬现在也接受了这一点。”我们重新约定了杰姬与精神科医生会面的时间，然后再来见我们。精神科医生对于杰姬有一些有趣的评论。总结如下：

“她在坚持完成一项任务上有很多问题，她还常常在办公室里走来走去。她会回答一个问题，然后很快转变主题。病人提及在她几年前曾服过塞洛德，并因此得过皮疹。停药后，她变得更加焦虑。母亲担心她会被开除，并变得很暴力。没有酒精或药物滥用的迹象。初步诊断为：

注意缺陷/多动障碍，主要是多动—冲动型 314.01

治疗计划：病人参加案例会诊后再进行制定；对药物治疗进行评估”

基于我们到目前为止的观察和交谈，我们倾向于同意精神科医生的诊断，但是我们还需要让杰姬参加完案例会诊后再做决定。在这之前，杰姬打来了电话为她的行为表示道歉。她担心我们把她看成了一个不尊重成人和权威的“令人讨厌的”十几岁女孩，她还担心我们会把这些汇报给学校。杰姬母亲向我们承诺杰姬在治疗中一定会配合。她妈妈还告诉我们，如果我们认为她的参与对杰姬来说是最好的方式，她将会参与进来。

案例会诊的全体成员认为精神科医生对杰姬的诊断是正确的，同时也同意至少在治疗的初期需要使用药物。他们还建议让杰姬独自接受治疗，确有必要的情况下可以让她母亲也参与进来。此外，他们还决定向学校通报杰姬的整体

进展情况。这样做可以避免潜在的问题。

病源理论

在我写这本书的时候，ADHD的病因还尚未确定。尽管如此，正如我们讨论过的许多其他障碍一样，生物学或遗传因素和环境因素似乎都在起作用。我们会讨论一些理论，并简要提一下“流行的”理论。部分困难在于每个人对ADHD的诊断都不同，也就是说，没有标准化的诊断。

目前的研究似乎表明ADHD是遗传所得（Tannock，1998）。然而，我们并不知道哪一个特定的基因在起作用，也不知道ADHD的作用机制是什么。一些研究涉及到多巴胺系统，声称多巴胺活性降低与ADHD的行为方面有关。这很重要，但是我们需要记住的是，极有可能同时有几个基因都在影响着ADHD的行为以及其他方面。

怀孕及分娩时的复杂因素也会有所影响。出生体重低、产前或产后的大脑创伤、营养不良、母亲在怀孕期间滥用酒精或其他药物或者吸烟，这些因素可能都与ADHD有关。过度的酒精滥用或依赖会导致胎儿酒精综合症（FAS），FAS的症状可能包括多动和冲动，以及学习和行为问题。环境因素的作用也很难分离出来，因为我们可以假定，在这样一种家庭中成长的孩子会缺乏稳定的生活环境。我们还不知道这些因素是否一定会导致ADHD，但是看起来它们的确会增加儿童患上ADHD的几率。

脑成像技术指出ADHD儿童和青少年的脑部有一些异常，尤其是在额叶区。这些区域牵涉到注意、唤醒，以及对运动的抑制。这些区域出现了结构性异常（比正常的偏小）或者不够活跃。我们仍然需要知道为什么会出现这种情况。

在讨论“流行的”解释之前，让我们先看一下家庭的影响。负面的家庭影响会导致ADHD这一观点在研究中却没有得到什么支持。但是，有些方面还需

要进一步检验和明确。首先，家庭影响可能的确会导致ADHD；更重要的是，负面的家庭影响更有可能导致ADHD症状的加剧。不过，也有可能是因为家庭中有行为冲动问题的儿童，家庭成员对此反应不好，由此导致出现负面的家庭影响，正如伯纳德的案例中所表现出来的，家庭冲突可能与品行障碍症状的持续出现有关。这就形成了一个恶性循环：ADHD症状，家庭成员反应很差，症状加剧或出现得更频繁。养育技巧的缺乏、父亲或父亲角色的缺失、婚姻或关系问题，也会对ADHD的患病产生影响。

我们现在来看一些在研究领域或文献中没有得到支持的病源理论。以前，糖被视为ADHD的主要病因。但是许多研究表明，也许是结论性的，糖并不是ADHD的病因（例如，参见Milich，Wolraich & Lindgren，1986）。其他的理论曾认为饮食、过敏和ADHD有关，但是这种相关也没有得到许多支持。在七八十年代人们认为食品添加剂（例如食用色素和防腐剂）与ADHD有关，但是这也没有得到太多支持。当然极有可能的是，如果一个孩子食物过敏，那么过敏可能加剧ADHD的症状或者会呈现出类似于ADHD的症状。人们也曾假定铅会导致ADHD，但是研究同样也没有支持这种联系。其他病因例如酵母、晕车和电视都曾被提出过，然而，就像上面提到的那些因素一样，支持它们的证据也是有限的甚至是不存在的。

因此，证据似乎表明ADHD有生物学的病因。尽管如此，我们还是不知道究竟是什么导致了ADHD。这里同样是需要进行深入研究的领域。

治疗计划

对ADHD的治疗会产生不同程度的疗效；关键问题是至今为止尚没有一起完全治愈的案例。因此我们只能希望当症状出现时对其加以控制。在前文中我们提到，杰姬被指定去接受个别治疗，并且要与精神科医生进行会面。他决定先让杰姬服用苯丙胺盐（Adderall，又称右旋安非他明，dextroamphetamine），

因为这种药不会产生皮疹这样的副作用。精神科医生会对她进行仔细的监控，因为诸如苯丙胺盐这类的精神兴奋剂（psychostimulants）会产生大量的副作用，是十分危险的。研究证明，在服用治疗ADHD的精神兴奋剂的儿童中，约有70%对药物产生积极的反应（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。这些药物起效很快，通常在开始服药一周之内就会见效。

精神科医生还推荐了PMT以及教育干预，尤其是针对杰姬的老师们，以便训练他们学会怎样控制她的行为以及怎样对积极行为进行奖励或控制。在杰姬进入治疗后，我们花了一段时间专门到她的学校与她的老师们一起制订出控制共ADHD的有效策略。我们使用了反应代价法（response-cost methods），如果使用得当，将会产生十分强大的疗效。我们还鼓励她的老师去关注杰姬身上的优势，例如她的歌唱才能（当然是在合适的环境中）。正如你们在伯纳德身上所看到的，现在人们通常倾向于去关注这些孩子的弱点，而不是去发挥他们的优势。

杰姬在治疗中非常合作，她开始注意自己的行为以及如何去控制它们。她不想惹上更多的麻烦，而是希望能让父母“为我骄傲。我想快点毕业，我想做一个成功的人。我爸爸是一个寄生虫。我想赚很多钱，我想成为孩子的好妈妈。我想要好多孩子！” 在疗程中，杰姬花了一些时间来谈论她的父亲，尤其是关于他吸毒和贩卖毒品。

“一个人怎么能够对一位母亲和她年幼的孩子做出那样的事呢？这个男人没有羞耻心；他是个怪物。我希望他蹲监狱。我妈妈从来没有去看过他。他有时会打电话；他知道我曾祖母的号码。她告诉他该去哪里。他是个坏消息，是昨天的消息。但是他从没打过我，我可以这样说。什么父亲。当他出来后我会远远的离开这个地狱般的城市。他不是我的父亲。我的继父才是。”

随着治疗的进展，杰姬集中注意力的时间比以前长了很多。她的讲话速度也变慢了很多，而且由于她讲话速度慢了下来我们就更容易听懂她的话。她告诉我们她“在学校取得了更好的成绩。我不再那么焦虑和紧张。我能进行阅读

以及做其他的事情。嘿，我喜欢数学！用计算器做题很有趣。它还可以玩游戏呢！但是我学得更好。没有A或B，忘记这些吧。我没有那么聪明。”我们向她的老师确认这些事情。他们告诉我们，的确，她能够更长时间地坐在椅子上，讲话不再像以前那么快，大部分时间都能记得把上课所需要的东西带到学校。现在她的家庭作业至少能达到C。她也不再经常和老师争论，这让每个人都很高兴。她的老师们告诉我们，反应代价法对杰姬非常有效，她和老师们都相互制订了能达到的目标。

杰姬不喜欢服用苯丙胺盐，但是“我知道我需要吃药。它让我口渴。这并不好玩。我不喜欢吃药。但是如果它能让我顺利毕业而不是被开除的话，我会吃的。我喜欢医生，所以这对我也有帮助。他的确很理解青少年。”机敏的专业助人人员应该明确他们和精神科医生建立了良好的关系，他们还应该知道一些专长于儿童青少年问题的人士，就像我们这样。正如你所看到的，这能使患者在合作性上有所不同。

当杰姬在接受治疗时，她的妈妈会坐在候诊室里。她希望杰姬能够“靠她自己，就像在成长的道路上要经历的一样。我不能永远在这儿，她需要知道如何处理未来的问题。因为她的学校告诉我她有所好转，所以现在我将在外面等着她。”杰姬也更喜欢这样，因为“妈妈参与的时候那就像两个成年人在同时袭击我。一个已经足够了，非常感谢。在家里我要回答妈妈的问题，为什么我还要在这里做同样的事情？我爱她，但是不要进入治疗。”

我们对杰姬的妈妈实施了PMT，杰姬看起来很喜欢这样。PMT并不是一种真正的治疗，因为其目标是教育并教父母学习行为管理技术。杰姬母亲独自一人参加这样的疗程，通常是当杰姬在学校的时候。她总是带着一个笔记本，在每次疗程中都会记很多笔记。诊所有一些演示行为管理技术的录像带，看起来这些录像带的确对杰姬母亲很有帮助，当然最终帮助的是杰姬自己。我们还教杰姬母亲学习渐进性肌肉放松技术，并鼓励她进行更多的练习。这两种技术都

是为了帮助她缓解压力。

随着杰姬治疗的进行，她继续去见精神科医生以便对药物治疗进行监控，并且每周一次独自来见我们。另外，她现在已被分类到需要特殊帮助的学生中，因此在学校中她就可以得到补偿并接受特殊教育服务来帮助她。学校为她指派了一个帮助老师和一个辅导老师，如果有必要，她的老师可以允许她进入资源室。由于杰姬的行为改善如此之大，她的常规老师尽量避免使用资源室，除非有所需要。她的老师告诉我们“做出那样的选择真的很好，而且能够看到杰姬的表现越来越好。她的帮助老师的确对她的学习和行为都有很大的帮助。”

杰姬继续治疗了大约有8个月，然后她已经结束了学校的社工那里的面谈，以做进一步的治疗。我们和学校社工从不讨论案例的细节，但是她告诉我们杰姬用了很多时间来讨论男生、她的父亲母亲以及性感受。据我们所知，杰姬没有和社工讨论她的行为和作业。杰姬取得了很好的进步，现在班上的成绩一直维持C+水平。她还有一些行为问题和行为爆发，但是这些都很少出现，而且都不是无法预料的。她现在变得更开心了，也不再紧张了，而且她很喜欢数学和计算器。她对她的亲生父亲仍然有极大的愤怒，但是社工告诉我们她已经能够在学校里讨论这一点了。她感到跟一位女性讨论这些问题会更舒服一些。（我们为杰姬提供了这个选择，她拒绝了。）杰姬可以升入更高年级，并且在秋季就是七年级学生了，“看起来我能够按时毕业。这还不够棒吗？”她母亲不再害怕杰姬会变得暴力，“只要她服用苯丙胺盐，现在看起来这已经不成问题了。”

在最后一次报告中，杰姬的成绩依然保持着C+水平，她即将升入八年级。对于坚持服用苯丙胺盐她感到很勉强，但是告诉我们不管怎么说她都会服用的。她对一个年轻人很感兴趣，但是他在高中并且“想找一个更大一点的女性。”杰姬仍旧喜欢唱歌，并希望有一天能录制一张唱片。她还会“大量购物。我喜欢这样做。”看起来杰姬正在走入“正常的”十几岁孩子的生活。

正如我们曾提到过的，用来治疗ADHD最常用的药物都是精神兴奋剂。它们起效很快，半衰期很短，这意味着它们很快就会从身体系统中被清除出去。由于这些药在服用后2～4小时内最有效，精神科医生（或学校的护士或照料者）需要把时间因素考虑在内。例如，如果孩子的问题在下午会加剧，那么在他去学校前第一次服药就是不明智的（Pelham，1993）。这些药物，像所有精神药物一样，有明显的副作用，需要谨慎使用。尤其需要注意的是，如果孩子有心境障碍（抑郁或躁狂发作）的家族史，则不建议使用精神兴奋剂。一些研究发现，有这种家族史的孩子如果出现了类似ADHD的症状，那么这有可能是双相障碍起病前的先兆（Krehbidl，2000）。

抗抑郁药有时也被用来治疗ADHD，但是只有在精神兴奋剂被证实无效时才会考虑使用它们。因为它们的副作用会非常严重和明显，所以这些药物通常是精神科医生最后的选择。锂（碳酸锂）也是一个可供考虑的选择，但它的效果还没有得到充分的证实（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。

治疗ADHD最大的风险在于父母和学校可能会过度依赖药物而不去考虑使用其他的治疗方式。药物可以处理一些症状，但是伴随而来的问题也需要注意。在过去社会也倾向于对儿童过度使用药物，这导致了很多问题。精神兴奋剂具有成瘾性，这是它本身存在的问题。另外，它们的长期疗效似乎十分有限。通过过度使用药物，我们教孩子学会了所有的问题都有一种简单快速的解决方法，我们还教会孩子依靠药物而不是依靠他们自己或是利用其他资源。在一些情况下，药物按照处方的规定进行使用，这仍然会导致一些重大问题。即使药物用来治疗ADHD曾帮助了许多儿童，我们这里的立场仍旧是，当涉及到儿童时，所有的药物在使用时都必须从长远的角度谨慎考虑。

预后

杰姬的预后被评为“一般”。在我们看来，当她顺利读完高中后，就可以

把她的预后改为“良好”。她已经取得了很好的进步，并从她母亲那里得到了巨大的支持，这是一个很大的优势。杰姬自己也希望有所好转，她也意识到自己的行为在过去导致了很多问题。

我们考虑到她不愿意服用苯丙胺盐的事实，所以她可能会停止服药。对于她的治疗而言，这是一个冒险性的行为。杰姬告诉我们她高中毕业后没有继续深造的打算，当然了，她只有12岁，什么都可能会改变。因此我们对杰姬的状况持有慎重的乐观态度。

复习和思考题

伯纳德

1. 伯纳德的视力误诊对他的发展造成了怎样的影响？
2. 这对他的行为造成了怎样的影响？
3. 伯纳德的耳朵感染史以及他曾把管子插入耳朵这件事都是非常重要的，讨论一下为什么重要。
4. 学校告诉我们他们需要一份对伯纳德的诊断，以便让他可以继续接受合适的特殊需要服务。你对此有什么看法？
5. 你会为了能让伯纳德（或任何一个人）接受治疗，即使在没有根据的情况下，也会做出一个可行的**DSM-IV-TR**诊断吗？
6. 我们对伯纳德使用了投射画画技术，那么这些技术的效度如何？

杰奎琳

1. 杰姬告诉我们她的亲生父亲有时会打她母亲。如果这发生在她母亲怀孕期间，讨论一下这对杰姬造成的可能后果。
2. 杰姬的母亲认为杰姬的行为是典型的青少年行为。你的观点呢？
3. 讨论一下杰姬的确对学校不感兴趣而更喜欢唱歌、玩视频游戏这种情况存在的可能性。
4. 区分**ADHD**患者和服用精神兴奋剂（如安非他明，绰号为“**Speed**”）的人有多困难？
5. 对于给青少年服用精神药物如苯丙胺盐这种做法，讨论一下你的观点。
6. 讨论一下杰姬从高中毕业的可能性。





第十章
人格障碍

在美国，人格障碍（有时也称为性格障碍）影响了大约1 500万人。这种障碍，被分为三大类群，治疗起来相当困难。其中A类群被认为是奇特的或怪异的；B类群被认为过度情绪化或反常的；C类群被认为是焦虑或害怕的。在一些心理学家的眼里，治愈这些障碍是不可能的。根据DSM-IV-TR的诊断（APA，2000），人格障碍是“……明显偏离了患者所在文化所应有的持久内心体验和行为类型，这种类型在长时间内是相当稳定不变的，至少可以追溯到青少年或成人早期，导致痛苦以及功能缺损……临床治疗师应该在长期时间内和不同的情境中来评估人格特质的稳定性（pp. 685-68）。”当患者与其他人相比表现出极端僵化时，就可以诊断为人格障碍。正因为此，他们不能对他人和环境做出调整，也就无法适应环境，结果他们的行为往往弄巧成拙。

人格障碍的一个重要特征是，在患者被诊断为某种人格障碍之前，年龄至少在18岁以上。我们将讨论的两种人格障碍案例都属于B类群。首先，我们来看看丽萨，她表现出各种各样的症状。然后，我们再来看看亚当，他可能和你们想的一样，也可能不一样。

边缘型人格障碍

丽萨的案例：高空走钢丝

问题呈现

丽萨是一名27岁的单身白人女性，她在一家超市工作。丽萨没有结过婚也没有孩子。她父亲是卡车司机，母亲待在家里。“她从没工作过，只是待在家里照顾小孩。因为父亲大部分时间都在路上，他希望母亲待在家里，这样父亲回到家他们就有很多时间待在一起。”丽萨每个星期见她弟弟克里斯托弗一次。他今年17岁，是高三学生。

丽萨第一次来见我们的时候穿得很糟糕。她穿着一件脏兮兮的大T恤，上面粘着菜渍和油漆。下身穿着一条特别紧的破牛仔裤，和一双破烂的耐克运动鞋。她戴着一顶软塌塌的帽子，看起来很破旧，没有戴首饰和手表。丽萨身高175cm，非常瘦，没有化妆。褐色的头发粘乎乎的，明显需要洗洗。她能够进行良好的目光接触，但是情感表现不太恰当。她看上去很恼怒或是很怀疑，几乎没有笑过。我们注意到她手臂上好像有灼伤的痕迹。我们就此展开了询问。

“哦，那些？这是开始加入俱乐部的一部分，我的小圈子。我们女孩子喜欢证明我们能够忍受一切，所以每个成员都会用香烟烫你一下。这就是你看到的。很疼但不是很严重。我是一个大女孩，我可以忍受。”无论如何这个解释听上去都不太可信，因此我们记录下这些疤痕，决定过些时候再回来讨论这件事。

丽萨最近的经历相当有趣。“我被一家大商店解雇后，找到一份超市的工

作。我经常迟到，他们都很懒散，我也就跟着这样。我喜欢收银员这个职位，收入也不错。我不会一辈子做这样的工作，但是现在来说这份工作还不错。但是，你可能想知道我为什么来见你。

“最近我的个人生活一团糟。我不知道这是怎么回事，但是过去两年我真的喜怒无常，刚刚痛骂某人，一会儿又会很安静。这让我在超市有些麻烦，但他们真的很好，对此没有说什么，他们估计我正处于“那个”时期，“女人”的时期，心情会周期性变差。我不知道是否是我的荷尔蒙被打乱，还是什么其他的原因。但是我更关心……”

我问丽萨这些问题什么时候开始的。“嗯，我妈妈得了非霍奇金淋巴瘤，这种病很难治愈。所幸发现及时，妈妈对化疗的反应也很好，她很幸运。这是两年多前发生的事。那时候我爸爸很少在家，因此我一边上学，一边工作，一边还要照顾我妈妈。我努力安排好这一切。我的蠢弟弟没帮什么忙，他处在疯狂追求女孩的阶段。在我妈妈从医院回到家后不久，我的心情就变得很古怪。好像是每件事情都有很大压力，顷刻间一切都崩溃了。”

“我以前从没有参加过治疗。我不希望躺在沙发上，然后有人告诉我说我发疯了。这就是你们这些人做的事情，不是吗？你将告诉我我在发疯，然后把我送到疯人院。但是我想，即使这样，我也需要知道为什么我最近的心情会如此糟糕。我最后的一个男朋友说我像Jekyll医生和Hyde先生【注】。这一刻很好，下一刻却很可怕。他说他正打算离开我，因为他受够了。我真的不怪他。这是我更关心的事？嗯，我和很多人发生性关系——很多。我通常都是这样的。我会在上班的时候或是下班后在酒吧，或在任何地方碰到某个男人。如果我喜欢他，不管通过什么方式，我都会和他发生性关系。我一般都很小心，但是有时

【注】英国作家Stevenson（1850～1894）的著名小说《化身博士》（1886）中的人物。主角Jekyll医生为探求人心之善恶，发明变身药并以自己为试验，结果创造出一个化身“Hyde先生”，而Jekyll把身上所有的恶给Hyde，自己则保有善。后来此故事成为双重人格或双面人的代名词。——编者注

却没有做到。我的意思是，我不吸毒，那些男人也不是同性恋，所以我不会染上艾滋病。我可能和他们待上一到两个星期，然后我会因为其他人甩掉他们，或者只是甩掉他们。

“开始这种情况发生过几次，我认为这只是暂时心情不佳，可是现在天天如此。我的男朋友准备两周后离开我，因为他受不了我的情绪波动。不管怎么说，我对他感到很厌倦。我们在库房见面后，大约做爱1个小时左右，然后我们就成为男女朋友。上周我背叛了他。下班后我碰到这个男的，然后我们去了那座桥附近，夜里我们发生了性关系。后来我感觉很不好，但是我还想要更多。第二天我给他打电话，他却再也不想见我了。我已经有……噢……大约15个男朋友，在过去的6个月中。我想，这会帮助我了解我是谁。所有这些想和我发生性关系的男人，都让我感觉我是被人需要的、有吸引力的。

“我曾经和一个好朋友谈过这些。她说我太疯狂了，我简直是疯了。我可能会死去，或是得很重的病。我不同意这些看法，但是我也有一点点担心。你知道，这个朋友对这个街区很熟。她很优秀，非常聪明。我相信她的判断力。这种行为正常吗？我不是傻瓜，所以我认为应该让别人检查一下我的脑袋，以确定我没有疯。所以我来到了这里。你有什么看法吗？”

背景信息

丽萨的发展史很平常，发展状况良好。丽萨在学校表现得相当好，以平均C+的成绩高中毕业。丽萨读了两年的社区大学。“因为我认为需要在学校学习更多的知识，你知道吗？我希望我将来的大专文凭可以帮我找到报酬更好的工作。我去了3个学期，然后不得不停下，我的妈妈病了，我手头的钱很紧，因此我的学习中止了一段时间。”丽萨在大学的成绩是B和C，但是她也“有很多遗憾。我对一些课程确实不感兴趣，我很容易厌烦。”

丽萨的弟弟在学校的成绩不太好。“他是个问题。他总是惹祸。我爸妈为

他伤透了心。对我来说，倒没有什么影响，因为我不常看到他。他经常在学校惹麻烦。他曾因打架被勒令停课一周。他返校后，事情并没有多少好转。但这不是我的问题。我妈妈生病期间，他似乎越来越糟。"

我们向丽萨询问是否有精神疾病的家族史。"我的弟弟似乎是正常的，不管怎么说，青春期的男孩就是这个样子的。我的爸爸……嗯，他有时喝很多酒。我只是最近才想到这个。他开始喝酒就停不下来，这已经有一段日子了。有时候他真的控制不住自己。除了喝酒之外，他似乎都还不错。就像我说的，我不清楚这些，因为他很少在家。而他在家的时候，他就看世界摔跤联盟（WWF）和其他体育节目，然后睡觉。我妈妈有时会抑郁，不过不怎么严重。就我所知，我父母两边的家庭都没有其他问题。虽然我们的健康状况不是很好，但是我们基本上都是正常的。"

我们进一步对丽萨的背景进行询问，发现一些有趣的事实。"我的性经历开始的时间比我最初说的还要早些。大约在19岁或20岁的时候，我就开始有很多男朋友。那时我在上大学，还只是大一新生。我真的很烦，心情时好时坏。我试着找寻我自己，我是谁和我的自我认同。我迷失了。我妈妈从来就不是我身边最温柔的人，而我爸爸又经常不在我身边。我们家不是一个充满爱的家庭。所以我在15岁的时候就失去了童贞。我一到18岁，就特别喜欢性给我带来的快感，经常不回家。我喜欢性，喜欢甩掉那些男人。这让我感觉很好，和他们在感情上一刀两断，而不是我被一刀两断。"

接着我们向丽萨询问关于她的饮酒和吸毒情况。"我当然会喝酒，会吸大麻，但是谁不会这样做呢？我18岁就开始喝酒，大约一年之后学会吸大麻。这让我感觉很好。我从没有喜欢过我的那些男朋友；他们大多数在床上都特别讨厌，选择他们都是错误。在我寻找某个男人之前，我经常会喝酒，然后和他们回家。有时候我会一直吸大麻，有时候我不会。这取决于我感觉如何以及身边是否藏有大麻。只要我想戒掉这些东西，什么时候都可以。但是我现在不想戒

掉。不管怎么说它能帮我省些钱。

“我必须承认，当我弄到一个男人时，我经常是吃了什么东西，或正在酗酒，但并不总是这样。饮酒从来不是问题。当我外出时，我会喝一瓶啤酒，也许两瓶。我一直关注我的体形，你知道大量喝酒会长胖。大麻我也吸得不多，大约一个月4次吧，这真的不多。我也想多吸几次，可是我没有钱。这会让我挨饿的。”

就着这个主题，我们还问了更多的问题。“啊，在我开始喝酒之前，情绪就不稳定。我的成长道路并不是一帆风顺的。我妈妈长时间身体都不好，我爸爸又经常不在，这让生活变得更加艰难。我们从来没有很多钱，我妈妈每天都要工作很长时间。弟弟和我并不亲近，我们现在仍然不那么亲近。家庭中没有谁有酗酒或吸毒问题，但是我们不时会喝一些酒。妈妈说我还是十几岁时，情绪就时好时坏。但是所有青春期的少女都那样。那是正常的，所以对此我们并没有多想。再看看我弟弟。他是一个特别活跃的人，疯狂追求女生，就像我疯狂追求男生一样。所以这就是为什么我不觉得自己哪里不对劲。但是我的朋友露西很聪明，正因为她，我才来到这里。”

正如你所看到的，我们很难让丽萨停留（集中）在某个任务和话题上。她倾向于答非所问，不回答问题。我们又做了一次努力，她这样说道：“你知道，我来这里是为了得到一些答案的，而你们所做的却是不停地提问。我很反感这些废话。这次就这样了，我再也不会来见你了。你是谁，性变态吗？你为什么需要知道我的饮酒和性生活？嗯？”这次疗程就在这些愤怒的话语中结束，然后丽萨离开办公室。她这样做有什么意义吗？你猜下面会发生什么呢？

第二天下午我们接到丽萨的电话。她说她希望回来解释一下她为什么会有那样的表现。我们为她安排了下一次见面，然后又询问她另外一些问题，以收集更多的事实信息。“对几天前所发生的事情，我真的感到很抱歉。现在我明白我确实需要一些帮助来处理我的波动情绪。我在这里，在医生的办公室里，

我的行为表现得像一个混蛋。但是这种事情经常发生。经常是我先甩男朋友，但是当我情绪爆发时，有时候他们也会甩了我。我真的有愤怒问题。我真的很担心我的工作。我喜欢我所做的工作，我能够成为商店经理。但是在工作中我有这些情绪问题。我的老板会处理，因为他喜欢我。但是如果继续这样下去，我会失去很多。我真的很担心这个。”

思考题

1. 丽萨发生了什么事？
2. 丽萨认为有很多男朋友会让她变得很有魅力，会被许多人渴望。你同意这个观点吗？
3. 丽萨的情绪波动后面的原因可能是什么？
4. 如果丽萨的行为和她母亲的病之间有联系的话，那么这种联系是什么？

评估与诊断

我们通过非结构诊断访谈、贝克抑郁量表（**BDI-II**）和精神病学鉴定对丽萨进行评估。我们还询问了一些有关酒精和药物使用的具体问题。更多有用的信息出现在后续疗程中。

我们也让丽萨去做了全面的体检，以防她的情绪波动有生理上的原因。“我也一直在考虑这个。我没有吃过什么药，但是我经常觉得荷尔蒙可能有点混乱。也许这就是我所有问题的原因！”两个星期后的体检结果表明，丽萨的身体一切正常。我们也想到了这个结果，但是因为荷尔蒙和“化学”物质的不平衡会导致一些心理问题出现，病人有时需要做全面体检以排除其他障碍。

在我们拿到丽萨的体检结果后，她回到诊所。我们花了更多时间来讨论她的身体情况。“那么说看来不是荷尔蒙的问题。那么，我疯了吗？我不这样认

为。酗酒和吸食大麻会让我神志不清吗？我真的想要知道。我告诉过你的男朋友？他已经成为遥远的过去。我们吵得很厉害，我甩了他，然后他甩了我！真是恶心。所以我现在又是单身了，但是不会太久。我想我不会戒掉这些东西。至少这对我有帮助，我也不会经常宿醉。”

我们向丽萨询问她的母亲，以及她是否愿意过来和我们谈谈。“我妈妈？我不知道这样做有什么好，那就让她过来吧。她会非常开心地和你们说话。她并不那么尖刻，你知道，不是抽屉里那个最锋利的刀刃。但是她可能会帮上忙。没问题，我会带她过来。”

丽萨母亲为丽萨的情绪波动和过去提供了一些新的思考。邀请病人的家庭成员和朋友来参加一两次疗程，这没有什么不寻常。一些治疗师不喜欢这样做，但这是一种获得额外信息的方式，也可以从另一个角度看待病人的情况。在一次工作人员会议上我们提出这样的观点，也向诊所督导汇报过。诊所督导和大多数工作人员都同意把她母亲带来询问一些问题。工作人员也希望，如果需要进行家庭治疗的话，丽萨母亲也会乐意参加。

在我们会见丽萨母亲的一次疗程中，她相当健谈。她可以进行很好的目光接触，表现出恰当的情感反应。丽萨母亲身高165cm，身材很苗条，皮肤是橄榄色的。她戴着眼镜（“为了阅读。我不应该在这里使用放大镜，所以医生给了我副眼镜。喜欢它们吗？”），左手上有一颗很大的钻戒。她对我们很友善和也放得开，我们对她的直率坦白感到很惊喜。

“丽萨最近很混乱。我知道她的事，她有很多男朋友，有很多一夜情。她告诉过你她有很多一夜情吗，尤其是在去年的时候？这才是我真正担心的。作为一个母亲，我知道这些事情。她没有告诉我，但是这是一个小地方，你可以听到很多事情，都不是什么好事情。在我年轻时，我也做过这些事情。我喜欢这种开心的方式，在这个……地方，除了性和酗酒之外没有什么好做的。但是外面有很多怪人，丽萨对这些男人的判断不是很好。我不知道她发生了什么事

情。她的工作也有麻烦。他们知道在库房里发生的性关系，但是却保持沉默。她受到警告，记录中还注明了出过‘事件’。我很担心她的健康和安全。”

接下来，我们向丽萨母亲询问丽萨的情绪波动问题。“这些情绪持续了至少9年，可能更长。她会非常愤怒，冲某人发脾气（甚至我），然后第二天她又会很温柔。她并不经常道歉。她总是看上去相当紧张，这倒是不奇怪，因为她现在的工作情况有点糟糕。我希望你们能发现她到底是怎么了。”在我们继续之前，对于邀请一个亲人参加治疗以获得更多的信息，你的态度如何？对治疗师来说，她母亲的信息会有用吗？

接着我们让丽萨进来，她让母亲继续参与这次疗程。丽萨母亲告诉她我们刚刚讨论的内容。“嗯，她是对的。我不想告诉你那些一夜情，是因为你可能会认为我是放荡的女人。我不是放荡的人；我只是喜欢我的性体验。我担心这些陌生人吗？当然。这就是为什么我们会经常去汽车旅店或是待在我车上的缘故。这样更安全。我经常去一个我知道的汽车旅店，或是一个我很了解的地方，比如桥的旁边。我的脾气是个问题。它以前从没这么糟过。最近变得越来越差，但是我不能确定是否是因为我的工作。当然，这些男朋友的问题也帮不上什么忙。我过一会儿就会心情波动，但是在最近两年里情况越来越糟。似乎我的脾气问题总是和男人有关。当和女性在一起时，我很少有糟糕的情绪波动。”

丽萨在BDI-II上的得分是15，表明有轻度到中度抑郁。在随后一次疗程中，关于这一点我们问了丽萨一些问题。“最近我经常情绪低落，但是还不至于低落到自杀的程度。工作状况、男人们，以及露西（她最好的朋友）告诉我说我也许需要帮助，这些都让我情绪低落。我妈妈的癌症也让我心烦意乱。”

接下来我们讨论她母亲的癌症。“嗯，我妈妈似乎处在缓解期（remission），但是所有医生对类似病情都会说谎。缓解到底意味着什么呢？即使我和父母都不是非常亲密，但是我和妈妈真的比较亲近。是的，我爱我妈妈……但是亲近意味着什么呢？她知道我滥交的事情。她真是八卦。你期望什

么呢？我是她唯一的女儿。当她年轻时，她也把事情弄得一团糟。我爸爸？他不会。他经常出去，所以对我来说不太重要。尽管有我爸爸，但基本上是我妈妈一个人扶持着这个家。她受了很多苦……（丽萨开始哭泣）。对不起。她受了很多苦，基本上是一个人把我和弟弟抚养长大，还卖命工作，现在得了癌症。她做了很多次化疗。后来她感染了，不得不住进医院。他们认为她可能挺不下去了。自从她得病后，我的状态就很差。关于我是谁我想了很多，我真的不知道。这就像和那些男人在一起一样。性，从生理上讲，感觉非常美好，是一切，但是除此之外，我却空空如也。除了最好的朋友露西，我和其他任何人都无法亲近。"

那么，对于丽萨现在是什么情况，你有什么想法吗？基于她的症状，她可能正在正忍受着心境障碍；但基于她的行为，这有点不可能。丽萨的问题似乎开始于18岁左右，有持续的行为模式，和具体的症状。一些重要的症状包括控制愤怒的问题、以强烈情感为标志的不稳定关系、对自我认同的不确定以及害怕被抛弃。除此之外，她的许多行为还有自我毁灭的特征，不是直接的就是间接的。

这些症状，包括其他症状，经常会导致边缘型人格障碍（Borderline Personality Disorder，BPD）的诊断。给出这个诊断的一种方法就是，这种患者界于精神病（psychosis）和神经症（neurosis，现在作为焦虑障碍而广为人知）的"边缘"。因为这个障碍具有"界于……两者之间"的性质，很难进行治疗。治疗师将会处理焦虑，这有时候似乎是精神病的特征。

因为我们需要检查丽萨可能存在的抑郁和情绪波动，所以我们把她转给我们的精神科医生。精神科医生排除了抑郁，他说，在评估的时候抑郁症状还没有达到确诊和用药的程度。他确实指出丽萨的抑郁症状需要持续观察。精神科医生更加关注她的情绪波动。锂（碳酸锂）是一种用于治疗双相障碍的药物。然而，精神科医生指出"她的抑郁症状不太严重，不需要对此有过多担心。不过病人也没有躁狂发作的症状。愤怒和情绪爆发值得关注，但是单是这些不能

保证锂的正当使用。结论：边缘型人格障碍；继续监控抑郁症状。如有需要再次评估。”

丽萨的案例被提到案例会诊中进行讨论。临床医生和精神科医生回顾了她的数据和症状，最后就下面的初步诊断达成一致。看看你是否同意这些诊断：

边缘型人格障碍	301.83
排除重性抑郁障碍，反复发作， 轻度的，伴有忧郁特征	209.31
大麻滥用	305.20

病源理论

在美国成年群体中人格障碍相对普遍。一个普遍的观点是，人格障碍起病于儿童期，到了成年期症状“加剧”。这使得治疗非常困难。这个领域里缺乏某些人格障碍的病程信息，如回避型人格障碍（avoidant personality disorder）。幸运的是，有更多关于边缘型人格障碍和反社会人格障碍的信息存在，但是这并不会让治疗变得更容易。研究表明，如果边缘型人格障碍患者努力活到30多岁，那么他们将有所改善（或是说他们的症状将有所改善），但说起来容易做起来难。他们中的很多人会尝试自杀，一项研究表明大约6%的人自杀既遂（Perry，1993）。就像你所看到的，像丽萨这样的人具有不稳定和情绪化的关系、抑郁和自杀企图。至少这些个体想伤害他们自己。这一障碍主要影响女性（75%的患者为女性，25%为男性）。

家庭因素和早期创伤导致出现边缘型人格障碍（BPD）的观点得到了一些证据的支持。如果家庭血缘成员中有人患有这种障碍，BPD在其他成员中就更普遍；如果女性在小时候遭受过性虐待，那么BPD在这些女性中也就更普遍。这些因素可能使个体有罹患BPD的倾向，但是我们不能说这些因素一定会导致

这种障碍。这些遭受早期性虐待的女性很有可能去自杀，也会报告她们有被家庭成员抛弃的感觉（Zanarini，Williams，Lewis，Reich，Vera，Marino，Levin，Yong，& Frankenberg，1997）。一些研究者发现BPD和抑郁之间有联系，但是其他研究者却对此提出质疑。

Zanarini，Frankenburg，Dubo，Sickel，Trikha，Levin和Reynolds（1998）讨论了边缘型人格障碍和创伤后应激障碍（PTSD）之间的相似性。例如，两种障碍都有心境和冲动控制的问题，两者都会妨碍人际关系。这就符合了以下概念：边缘型人格障碍部分是由于某种早期创伤所造成的。不管怎么说，不是所有边缘型人格障碍患者都类似PTSD患者；关于这方面的讨论还在继续，还需要更多的研究以进行更好地了解。

文化因素也可能起着很有意思的作用。经历过重大文化变革的人，可能会罹患边缘型人格障碍。在新近的移民中发现具有认同问题和害怕被抛弃；这些症状也同样出现在BPD中。这样说来，早期创伤、甚至是文化因素也会导致BPD。另一方面，这种情况也可能不会发生。电影《鳄鱼邓迪》【注】（Crocodile Dundee），是一部幻想片，展示了来自不发达文化的人们当被带到一个高度发达的文化时，并不一定会崩溃。这取决于他们适应情境的程度，更重要的是，还取决于他们的社会支持系统。

Otto Kernberg，一位著名的精神分析研究者，认为BPD的发生是由于儿童在俄狄浦斯期没有适当地形成他的自我形象。儿童不能解决和整合好的和坏的形象。这样，儿童把所有人（包括他自己）都看成完全的好和完全的坏。此外，父母不能满足他们孩子的所有需要。在发展过程中，婴儿需要将养育的好妈妈形象和回避的、挫败的坏妈妈形象整合在一起。如果婴儿做不到这一点，

【注】一部1986年的澳大利亚浪漫喜剧片。电影讲述纽约记者琳达苏到澳洲旅游时，因为偶然听说猎鳄人邓迪自鳄鱼口中逃生的奇闻，深入落后的沼泽地区采访他，从而产生一段情缘。游览结束后，琳达邀请邓迪一起同返回纽约。——编者注

那么在到达俄狄浦斯情结期前，他们就会产生固着。这样，由于这些固着，他们就可能保持着父母的全或无形象。

最后，我们几乎没有关于BPD的生物学方面的数据。我们可以假设，因为当家庭血缘成员患有BPD时，BPD在家庭成员中就更普遍，那么就一定有某些遗传成分，由此，基因一定在其中发挥着某种作用（DiLalla，Carey，Gottesman，& Bouchard，1996）。然而，既然家庭成员生活在同样的环境中，那么我们怎么能确定这点呢？就像先前所说，基因可能会使个体易于发展出某种障碍，但是其他因素，如环境中的压力，一定在某种程度上促成了这种情况的发生。

治疗计划

由于许多专家也同意这些障碍是无法治愈的，所以任何一种人格障碍的治疗都有些问题。另外还有其他的问题。人格障碍对大多数治疗形式的反应都不好，这是众所皆知的。人格障碍患者一般也比较魅力（一定程度上），而且是高操纵性的。因为这个原因，治疗师很容易被患者“引诱”和操控。反移情也是重要的问题。长期的领悟治疗（例如精神分析）也可能没有那么有效，因为患者经常缺乏对其问题的领悟。例如，丽萨认为她多次的一夜情没有什么不寻常，即使在27岁的时候。许多边缘型人格障碍患者一般也很依赖和贪婪，他们要求你全部的注意力和时间。一个治疗师也很难满足BPD患者的所有要求。有时候他们会把你吹得上天，然后又诅咒你下地狱，说你一点也不关心他们。

以前的一个同事常常会用到一个有趣的大拇指规则。如果你不能确定对患者如何诊断，但是你怀疑患者可能患有某种人格障碍，那么就看你在疗程结束时的感觉如何。如果你感到筋疲力尽，好像你陷入一场持久的冲突或战争中，那么这名患者极有可能正遭受着边缘型人格障碍的痛苦。我向很多同事提过这个，大部分人都同意这种非科学的诊断标准。

对丽萨（和类似的患者）的主要治疗目标是：控制症状，努力改变行为，而不是试着治愈他们。因为他们一般都很有操纵性，所以在开始时，治疗师就需要确定谁占主要地位，而且不能转变。我们决定对丽萨使用家庭治疗和团体治疗两种疗法，因为她有些事情涉及到父母亲。可以预计她的父亲会借故工作责任的原因可能来不了（或者不愿来）。“你期待什么呢？打从我记事起，他就从没在家待过。谁在乎这些。”丽萨母亲设法参与了治疗，也开始取得一些很好的进步。丽萨弟弟没有兴趣，她母亲也没有强迫他参加，所以最后只有丽萨和她母亲。我们围绕着丽萨的父亲、她母亲的病和丽萨吸食大麻这些事进行讨论。主要的关注点之一是丽萨的性行为。她母亲对丽萨的这种行为并没有感到惊讶。“就像我告诉你的，我怀疑过，现在我知道了。这不是一个大城市，人们总是在议论。我想丽萨应该更聪明些，她表现得就像一个傻瓜。”

这里最明智的方法是，使用行为矫正技术和个人中心治疗，为丽萨提供关爱和支持。可是说起来容易做起来难。这是为什么呢？对一个可能具有操纵性的人提供支持是一件危险的事情，因为他们可能利用这种支持来操控治疗师。行为矫正技术的一大优点是，治疗师可以和患者保持一段距离。这并不意味着你不能表现出共情。相反，这意味着，你要确信不会与患者过分卷入，不会成为他们的朋友等等。

丽萨的家庭治疗就如预期一样进行地非常好。我们关注于丽萨目前所有的事情上，她母亲最终开始理解丽萨对她父亲的愤怒。在某次疗程中，丽萨也对她母亲说出有一些有趣的话。“我对你也很生气。你是我们家我真正唯一在乎的人，也是家里唯一关心我的人。在我最需要你的时候，你却生病了，孤单地留下我一个人。我不相信你能这样对我。我不知道如果没有你，我还能做什么。你是让我活下去的那个人。有时我想你是故意生病来避开我的。”这些话并没有令我们惊讶，因为我们之前就提到过，边缘型人格障碍患者一般会要求所有的注意力都要集中在他们身上，而且只关注他们。这可以被看作是一种寻求赞同的方法。让这些话更有趣的是，事实上，丽萨正在为她自己的一些问题

间接地责备母亲。

丽萨也参加了团体治疗，这比家庭治疗持续了更长时间。丽萨的母亲最终没有再次参与，她说她已经受够了，她还没有从疾病中完全恢复。丽萨对此非常生气和不安，但还是接受了这个事实。我们把丽萨放在一个高级功能团体（higher functioning group）中。这类团体的成员喜欢交谈，具有了解自身问题的动机。他们并不一定会理解地很深，但是他们具有能够理解的能力。丽萨和该团体成员相处得很好，因为大部分成员都患有边缘型人格障碍，而且都和她年龄相仿。丽萨意识到并不是只有她才有这样的问题，而团体成员会毫不犹豫地面质她的性行为。团体成员也会告诉丽萨，她需要长大，不要等着她父亲表达对她的感情。换句话说，丽萨需要为她自己的行为负责。如果她希望家庭状况有所改变，那么她需要成为一个敢作敢为的人。

丽萨也告诉我们，"这是全盘招供香烟烫伤痕迹的时候了。我伤害我自己。有时候我想自杀，但是我又觉得不值得，所以我就烫伤自己。这些会提醒我，如果事情变得很糟，我能够做些什么。看到这些伤痕吗？（她卷起她的袖子）这些都是一年的烫伤结果（我们看见有7个独立的烫伤痕迹）。有时我真的很讨厌自己，但是我能怎么办呢？每个人都想离开我，男人们只是利用我，你们只是不断地问我问题。没有，从我来到这里治疗之后，我就再也没有烫过自己。"说到这里的时候，丽萨看上去想要哭，可是她却突然笑着说"我明白了！"接着，我们和她签订了行为契约：在和我们做治疗的时候，她不能伤害或是烫伤自己。她很乐意签订这份契约。

我们注意到，在丽萨进行治疗的一年里，她发生了一些积极的改变。她最后和一个男朋友稳定了6个月的关系，在这期间她没有背叛他，她也不再吸食大麻，"因为我很快能有小孩，我听说大麻会破坏我的基因。我也需要攒一些钱。此外，我们那个团体的成员还告诉我，吸食大麻很不好，是违法行为。那东西真的会让你的头脑很混乱，我现在大脑里面糊里糊涂的，一片混乱。"她还会偶尔

喝一点酒，“因为喝酒不会给我带来很多问题，所以我不打算戒酒。”丽萨被介绍到由当地一家医院，并参加了该医院开办的一个愤怒管理课程班，她完成了这个课程。我们注意到，在治疗结束时她的情绪得到了更好地控制。“我仍然会变得很愤怒，但是我知道怎么停止，以及如何处理它。如果有必要，我会让它发泄出来，但是我发现很多时候愤怒毫无意义。

在最后一次的随访中，丽萨的病情似乎有所复发。她又回到有多次一夜情和短期、关系紧张的状态中。在控制愤怒方面，她还有些困难。但是她告诉我们，她的情绪波动不像过去那样糟糕了。“我意识到我错过了很多男人和性，这太诱人了。诱惑让我成为最好的自己。我喜欢被别人注意。这让我感觉很美妙。”

“正因为此，我开始在外面待到很晚，多次上班迟到。我丢掉了超市的那份工作，但是我在一个购物中心找到另一份工作。那里似乎更合适我；没有什么压力和乱七八糟的事情。我没有再吸大麻，我和父亲几乎还是没有联系。至于我的妈妈？我们仍然吵架……经常。但是我还是爱着她。”令人难过的是，因为人格障碍是长期的问题，所以病情复发是相当普遍的。我们对丽萨的状况感到沮丧，而不是很惊讶。

有人发现一些认知－行为技术在治疗BPD时是有效的。Aaron Beck和他的同事致力于研究个体将所有事情（包括他自己和其他人）看成非好即坏的认知扭曲。Linehan和她的同事（1994）描述过一种我们使用过的技术，辩证行为疗法（dialectical behavior therapy，DBT）。这种技术将行为技术和支持性的心理治疗结合起来。心理治疗提供支持和接纳，行为治疗集中于社交和问题解决技巧。丽萨不仅从她的家庭治疗（后来是个别治疗）中得到很多支持，也从团体咨询中收获很多支持。她也学会如何更好地和别人发生联系，我们希望，在她结束治疗之际，她将会在生活中运用这些技巧。

没有任何一种药物可以作为治疗边缘型人格障碍的理想选择。抗抑郁药和抗焦虑药物，可能会帮助BPD患者平静一些情绪，但是它们无法改变BPD患者

长期适应不良的行为模式。百忧解（氟西汀）似乎有助于控制人格障碍患者的攻击性和冲动，不一定只是BPD患者（Bezchlibnyk-Butler & Jeffries，2002）。对于丽萨，我们在治疗期间没有指定药物。

预后

丽萨的预后被评为“审慎”。由于症状一般是长期的，而且治疗对于这些障碍没有什么疗效，所以预后被定为审慎。这个预后也是基于丽萨似乎病情复发的事实，至少就性行为来说。在愤怒管理方面，她表现出一定程度的进步，并且也不再（仅仅基于自我报告）吸食大麻。她也意识到自己还有些问题需要解决，但是她是否会去解决，以及她是否会成功，目前还无法回答。

反社会人格障碍

亚当的案例：只是连续作案的恶魔？

问题呈现

亚当是一名19岁已婚白人男性。在他治疗期间，他的妻子蒂琪给他生了一个男孩，这是他们的第一个孩子。在他们的儿子出生后不久，他们就结婚了。他的妻子刚刚17岁。在她怀孕时，她不得不辍学，那时候她读十年级。就像你将要看到的，亚当的历史，以及随后的治疗和结果，是这本书最有趣的部分之一。

亚当肤色苍白，很纤瘦。他的胡子很稀疏，脸上留有粉刺的疤痕。他表现出不恰当的情感反应，在治疗中不合适的时候大笑。亚当身高168cm。他没有戴什么首饰，每次来治疗总是穿着同样一件褐色皮夹克。他一天至少吸两包烟（有一次允许在诊所里吸烟）。一旦不允许在诊所里面吸烟，在疗程开始之前他总会先在外面吸烟。在所有的疗程中，亚当看上去都很愤怒；有时看起来就好像他正处于爆发的边缘，但是我们从没有见过他爆发过。

亚当向我们解释促使他来见我们的原因。“一天晚上下班后，一个从家乡来的老朋友打电话过来。我们一起出去，喝了些酒。之后我们到处逛了一会儿，玩牌，然后清醒过来。然后我朋友有了弄钱的想法，他知道一栋房子里有许多很有价值的东西，而主人周末会离家外出。他叫我和他一起去；我们将会拿到那些值钱的东西，把它们卖掉，得一大笔钱。嗯，他说的没错。可是房子

被包围了！他说他切掉了警铃，但是我猜他忘了切断其中的一个。警察出现了，当然我们被抓了起来。这次法官对我不是那么好。我丢了工作，差点也丢了女朋友。这次在监狱里待了11个月30天。他们说当时我喝醉了，但是我没有。我喝了酒，但是我确定我没有喝醉！我知道我当时正在做什么。”

因为表现良好，亚当被提前释放（他只服刑了7个月）。亚当被释放出来之后，还有5年的察看期，并被送到我们这里做酒精评估。这时蒂琪也引起了我们的注意。她为我们了解亚当的生活提供了一些很有价值的视角和信息。

背景信息

我们第一次认识亚当，是在他14岁的时候。他是法院转介过来的，被控强行闯入他人住宅。法院不希望把他关进监狱，因此把他送到我们这里来做酒精和药物滥用评估。亚当做了第一次疗程，以及之后的4次疗程，之后就消失了。之后不久，我们联系到他的监外执行官；警察在停车场发现了他，他正将结束一场恶战。他需要住院治疗，出院后就被送往当地监狱。

当亚当来诊所时，社会工作人员提供了下面的总结材料。“亚当是一个令人愉快的阳光青年，会吸引着你和他聊天。他有明显的酗酒问题。他说他从没吸过毒。他目前和一个13岁的女孩谈恋爱，这个女孩曾经怀上他的孩子，却没有生下来，被打掉了。亚当告诉她，他不打算抚养这个小孩，所以她要么打掉，要么自己抚养，然后他离开她。”

亚当在这之前卷入过很多起打架事件中。警察局有一份关于他的刑事犯登记表，里面涉及轻盗窃罪和财产破坏（故意破坏的行为）。亚当的酗酒到了出现酒精性记忆空白的程度，他已呈现出耐受性和戒断症状。亚当自12岁起就大量酗酒，一直无法戒掉。基于这些信息，对亚当有以下的诊断：

酒精依赖

排除大麻依赖

品行障碍

因为卷入那场恶斗，亚当在监狱里待了30天。他被释放的时候，就被加上了3年的察看期，要求他不能饮酒，以及不能违反任何法律。亚当尽他最大的努力遵守这些规则。他得到一份修锁工的工作，钱挣得还不错。“虽然时间不是很好，你必须24小时随叫随到，但是很有乐趣。开门锁之类的事就像是永远需要解的谜。”我们发现亚当的工作是开锁，这很有讽刺性。

亚当工作干得很好，察看期提前结束。然后，他遇见了蒂琪，他的问题又重新出现了，而且还更加变本加厉。在我们继续之前，你对亚当可能的问题有什么想法吗？至少，他过去曾有过违法行径。应该强调的是，对于长期的罪犯（惯犯），广泛了解其历史和背景信息是相当有用的。这些信息不仅会帮助你了解这个患者身上的问题，而且会帮助你更好地洞察未来可能发生之事。

当蒂琪闯入他的生活时，亚当还是仍然没有喝酒，仍然干着修锁工的活。蒂琪在一个快餐店工作，亚当总是去那儿吃晚饭。在亚当叫蒂琪出去约会后不久，蒂琪接受了恋爱关系，他们开始约会。事情进展得很快，但是在这之后不久（确定关系后3个月左右），蒂琪怀孕。亚当就像以前一样，坚持要蒂琪流产。蒂琪拒绝这样做，这次亚当决定留下“因为我真的很爱这个女孩，这和以前非常不同。”然而，亚当的过去会让他和蒂琪面临许多问题。

亚当在学校待到十一年级。他因为强行闯入他人住宅被逮捕，从而“退学”（结果是，他一被认定有罪，就被学校开除）。亚当的家庭生活和成长过程都不太愉快。“我来自一个破碎的家庭。妈妈是一个喝酒喝到昏倒的酒鬼，爸爸却经常打我。他也经常打我妈妈，但是她经常醉死过去，所以这没什么关系。”

“我没有兄弟姐妹，对此我总是很恼火。真正的问题是，我是独生子，但是我的妈妈经常不清醒，没法给我她的爱或是能够注意到我。我爸爸只有打我

的时候才会注意到我。儿童保护中心也来过我们家，但是他们什么也没做。我的爸爸真是个受欢迎的人，他们相信他的话，把我们孤单地扔在那里就离开了。我爸爸告诉我，他在小时候也经常被打，但是这不是殴打女人的借口。真是屁话，你不会做那种事情的。虽然我不是最好的小孩，但是不要打我。”

“他第一次打我的时候，我大概7岁左右。当时我有一门功课成绩不好，当他回到家后，他真的气疯了。他打了我一阵子，虽然没有打掉我的牙齿或是打坏身体的其他地方，但是我真的很疼。在这之后，这些殴打就没有停止过。他不是每天都打我，但是一旦开始打我，就会持续一段时间。”

亚当的发展状况良好。最初，除了上面所说的之外，对于心理疾病的家族史，他提供的是“无”。我们询问亚当，他上学期间发生过什么事。“我的成绩还可以，基本上是B-。我最好的科目是工艺学和体育。我对其他东西不是很感兴趣。在我11岁左右，女孩就成为我的主要兴趣（大笑）。但是我总是擅长制作。我制作了很多东西，所有制作的作业都得很高的分。我的双手真的很巧。”

我们也向亚当询问关于他上学时的社交生活情况。“很多女孩对我有兴趣。我的第一次性关系是在我12岁的时候；那个女孩11岁。真的没有什么乐趣。学校的小孩过去总是捉弄我，所以我经常打架。他们知道我妈妈和她酗酒的事情，经常以此奚落我。我必须痛打他们。我也和一个小孩成为死党，那时候我们14岁。我们一起做一些事情，比如放火、在建筑物上乱涂乱画（涂鸦）、朝松鼠和鸽子扔石头之类的事情。打松鼠感觉特别棒，它们移动得很慢，在你殴打它们之后，它们也不动。我们经常这样干。我们也经常从店里偷东西，像CD和零食之类的小东西。没有什么大玩意。”

让我们暂停一会。到目前为止，亚当看上去有着丰富多彩的历史，这是毫无疑问的。你觉得亚当所说的听上去像反社会人格障碍（ASPD）吗？我们需要更多的信息，但是看看你能否在上面的信息中，发现一些警觉性的迹象？

“所以，基本上，所发生的事情就是，我因为强行闯入他人住宅而被拘捕。南希（亚当的监外执行官）把我送到这里做评估。她认为我可能有酗酒问题，但是我认为没有。她想确保我滴酒不沾，这次我会做到的，我保证。我有了一个孩子，又要准备婚礼，我不能再进监狱了。这次我失去了很多东西。”

我们决定询问亚当是否可以把蒂琪带过来，看看是否有可能做夫妻治疗。“嗯，我不知道。你可以让她过来。我想她不会介意的。在夫妻治疗中，她可能会更多地了解我。不过考虑到她已有8个月的身孕，所以我不知道这将如何进行。她也有专门的课程要上，所以夫妻治疗必须等她的课程结束之后。蒂琪上的课是专为怀孕的学生所开设的。她的学校之所以这样做，是因为很多孩子由于怀孕被迫放弃学业。我想我们又增加了人数（笑）。”既然亚当同意，我们就打电话让蒂琪来办公室。亚当在过去三年中被查出两次酒后驾车（DWI），因此被吊销驾驶执照。亚当两次血液中酒精浓度（BAC）分别是0.20和0.24，这相当于一个小时内喝10杯酒和12杯酒。他的执照被吊销后，一直是蒂琪开车送他到各个地方。蒂琪来到办公室后，她关上门，亚当选择离开办公室一会，到外面吸烟。然后我们开始问蒂琪问题。

思考题

1. 在你的评估和诊断中，亚当小时候被打这个事实有多重要？
2. 讨论治疗师要让蒂琪参与治疗的决定。说说你对给这对年轻夫妇做家庭治疗的看法。
3. 反社会人格障碍有什么预示迹象，如果有的话，你可以从上面的信息中发现一些吗？
4. 亚当提到只有他母亲和父亲遭受心理疾病。他说得正确吗？为什么？
5. 亚当小时候就经常挨打，这个事实会让你预测他如何对待蒂琪吗？以及他如何对待曾经的女朋友？

评估与诊断

最初的评估是由亚当14岁所看的社会工作者给出的，认为亚当患有酒精依赖和品行障碍。这是符合逻辑的，尤其是因为亚当似乎没有能力控制他的酗酒问题，并在短期内有两次酒后驾车。我们收集了更多的信息，能够重新审视这个诊断。

就像前面提到的，我们开始是单独询问蒂琪，她给我们提供了许多很有价值的信息。我们问她，当亚当在监狱的时候，她为什么还决定和他待在一起。这一下子打开了她的话闸。“我以前很爱亚当，现在仍然爱着他。当他在监狱中的时候，我正怀着孕。我认为我的孩子需要一个父亲。你知道，我没有父亲。他让我妈妈怀孕，在我出生前，他却离开了。我妈妈再也没有选择要见他。他有时打电话，问我的情况，但是妈妈不让他见我。我想这样更好。我妈妈说我爸爸打她，但是我不知道。我是独生女，我想有我自己的一些东西，现在我已经有宝宝了，是一个男孩。我们真的很兴奋，亚当对孩子投入很多的爱，他想和我们的孩子一起分享。”

我们接着询问蒂琪，在她怀孕的时候，亚当是否喝酒。“嗯，是的，但是我的医生说，从他们现在的观察来看，宝宝一切都很好。亚当现在喝得不多，他的脾气才是他的问题，而不是饮酒。他从不打我，我的意思是说他从没有真的打过我。不过我其实应该被打的。他很聪明，年龄也比我大，所以他知道。我真的爱他。我在所上的课上学到了很多东西。我会成为一个很棒的母亲。当他打我的时候，他从不说对不起。但是这种情况不多。我只是想让我们成为一个快乐的家庭；我从来没有过快乐的家庭。”

我们问蒂琪，如果她打算参加夫妻治疗，她的期望是什么。“嗯，我不知道。我知道我们像所有人一样有很多麻烦，但是我们能够解决它们。亚当进监狱后，就不再喝酒，如果他再次酗酒，就会重新回到监狱中。他需要改变一下

脾气，为朋友做些事。我不知道会发生什么。我想夫妻治疗会让我们的家庭更好。”

接下来，亚当进来，我们就以后的几次疗程达成一致。在这次初始疗程后，以后接下来的疗程我们都是单独会见亚当的。因为蒂琪即将分娩，遵照医嘱她需要躺在床上。“嗯，我以前会打她，因为她不按我说的去做。就像我以前讲的，我爸爸打我，这教会我成为一个更强的人。蒂琪认为她比我聪明，因为她上了那些课。如果她背叛我，拳头会告诉她将会发生什么。我想监外执行官应该告诉你我在监狱中的打斗，还有我退学前的打斗吧。这些都是那些人自找的，都是他们的错。在这些打斗中，我经常以胜利结束。打掉许多牙……还有黑眼圈，有次甚至把一个男的肋骨弄断。我很瘦，但很厉害。强行闯入他人住宅和其他事情，只是好玩。没有人因此受伤。我已经得到教训，再也不违反法律。”

我们注意到，事实上，他没有吸取教训，因为之后他还不断地违反法律。我们就此对他进行面质。“嗯，我像其他人一样会犯错误。你究竟想从我这里知道什么？我只有19岁！自从我从监狱出来后，我就没喝过一滴酒，我只是打过一次蒂琪，但是那次是因为她和我顶嘴顶得很厉害。我爱蒂琪，我爱我们未来的家庭。”

让我们再次暂停。现在你是否注意到什么模式？亚当的行为表明他缺乏懊悔和自责，表明他具有攻击性，表明他无法事先安排计划，也考虑不到行为的后果。他还在不断违反法律。两个重要的问题：当所有这些事情发生时，他喝醉了吗，还是正在喝酒？为什么蒂琪还呆在他身边？

“嗯……也许……有时我可能会喝点东西……是的，有时候我的确喝了。喝酒会帮助我有胆量去做那些事。我打蒂琪的时候没有喝酒。我需要保持头脑清醒，这样我就知道她一直在做什么。她真的很可爱，但我不相信她。你也不应该总是听她说。她以前的生活也很糟糕，但是比我好点。至于强行闯入他人

住宅，因为我在开车，我没有喝任何东西。我也已经很长时间没有吸大麻。你知道这是不合法的。我不想和法律搅在一起；他们会把我逮回监狱的。

“我会对那些被我打伤的人感到抱歉吗？或是对那些我曾在他们的房子上涂涂画画或是我闯入他们房子的人们感到抱歉吗？一点也不会。他们已经得到很多钱，他们会从保险中把所有东西都要回来。这些钱不像是他们自己辛苦挣来的。我曾经乱涂过的一家，我知道那个男主人。他总是恶狠狠地看着我。我知道他在想什么。我打伤过的男人？太……糟了，他们活该。有个人滑稽地看着我，从上面盯着我的脸。还有一些花花公子玩弄蒂琪。他们自己找打，别在烦我的女人，但是我不担心。我以前和治疗师谈过，我总是在好转。我知道我大概是怎么回事，你不用告诉我什么新的东西。我不是傻子，我会吸取过去的教训。”

我们认为已经有足够的信息，可以对亚当做一个精确的诊断。亚当给我们提供了一些重要的诊断标准。首先，他不断违反法律（很多情况下，他违法的次数远远多于他被抓的次数）。他有过许多次斗殴，对许多人都有攻击性，包括蒂琪。他对他的行为合理化，对于他伤害的其他人和蒂琪，都极度缺乏悔恨。例如，他说被他抢劫或“涂鸦”的房子都活该。他也不能提前计划，他缺乏远见。

基于以上以及蒂琪告诉我们的信息，我们对亚当做出了以下初步诊断:

反社会人格障碍	301.7
酒精依赖	303.90
伴侣关系问题	V61.10

我们对蒂琪有下面的诊断：

伴侣关系问题	V61.10

病源理论

男性更有可能被诊断为反社会人格障碍（ASPD），ASPD影响大约3%的男性和1%的女性，在临床环境中，普遍率从3%～30%（APA，2000）。ASPD的诊断只适合18岁或18岁以上的个体。但是，症状需要从15岁开始，从亚当的情况中我们就可以看到这点。除此之外，在15岁之前需要有明显的品行障碍（APA，2000）。亚当符合所有这些要求。

在过去，患有ASPD的个体被称为精神病患者（psychopaths）和反社会的人（sociopaths）。一些临床医生今天仍然使用这些词语，但是它们在临床上是不准确的。就DSM-IV-TR而言，像疯子（lunatic）这样的词语不是DSM-IV-TR中相关诊断的凭据（我们希望没有临床医生使用疯子这样的词语）。精神病患者这个词是指精神是病态的或是心理结构是病态的个体。反社会的人这个词是指偏离社会的不正常的个体。既然有些我们将要讨论的病源理论中使用“精神病患者”这个词，如有必要我们还是会保持一致性。

对ASPD进行诊断时，有两类学派。Hervey Cleckly（1982）花了很多时间研究他所认为的精神病患者，提出这些个体的16个重要特征。这些包括亚当已经展示的特征：缺乏懊悔、表面的吸引力、糟糕的判断力以及没有能力从经验中学习。Hare（1991）编制了《精神病理学核对表修正版》，他提出不仅要从患者那里收集信息，还应该通过访谈从患者的重要他人那里获得信息。此外，永久性的东西（例如过去的个案记要，狱中记录等等）也应该收集过来以帮助诊断ASPD。这些永久性的东西应该从重要他人处收集，以及从熟悉患者的各种机构处获得。一旦收集完信息，患者在核对表上就应该计算出相应的分数。

另一个学派关注于以可观察的行为来诊断ASPD (APA，2000)。例如，个体会冲动地、频繁地更换性伴侣、工作或职业吗？Clekley和Hare集中在根本的人格特质上。这样，ASPD在结构上就不等同于Clekley和Hare定义的精神病患

者。一些精神病患者可能从来没有过严重的违法行为，一些精神病患者可能从来没有表现出像亚当那样的极端攻击性行为。最后，有的罪犯没有罹患ASPD，但是被定义为违反法律的人，包括惯犯。你更偏向于哪个学派呢？

我们首先关注于可能导致ASPD发展的遗传因素上。在ASPD的发展和犯罪行为之间似乎有着很强的遗传联系（DiLalla & Gottesman，1991）。这可能表明，遗传基因可能使得某人有发展出ASPD的可能性，但最终是环境压力或应激源将其诱发出来。除此之外，不稳定的家庭环境也可能增加个体罹患ASPD的可能性。这里最重要的考虑是，正如我们前面讨论过的所有障碍一样，遗传因素会对ASPD的发展形成起作用，但是还需要一定的环境因素才会最终导致ASPD的出现。

生物因素也被人们进行广泛地研究。我们将简要地讨论两个理论：低唤醒假设（underarousal hypothesis，Quay，1965），和无惧假设（fearlessness hypothesis，Lykken，1982）。低唤醒假设认为精神病患者大脑皮层的唤醒水平较低。这是他们反社会行为的主要原因。为了提高他们的唤醒水平，他们特意选择那些充满刺激的行为和其他刺激物。人们假设他们的唤醒水平一直很低。亚当所犯的都是轻微罪行，但是强行闯入他人住宅是更大胆，更刺激的一种重罪。在这种情况下他有被抓的危险。基于这个理论，这就是亚当正在寻找的，一个更具挑战性和刺激性的情境。和蒂琪结婚应该也被证实是刺激的，因为他将有小孩，当他觉得有必要时，也就可以更容易地“打她”。

无惧假设认为，精神病患者具有更高的恐惧阈限，例如，令大多数人感到恐惧的事情（火、枪击）对这些人只有很小的影响，甚至没有。亚当认为他不会被抓，所以一直犯罪。监狱对他来说似乎只是个不方便之处，却不是一个不惜一切代价应该避免的地方。犯罪时被枪击或被杀的可能性看起来不能阻止亚当的犯罪行为。我们可以得出这样的结论：因为这种无惧，惩罚对这些个体几乎没有什么影响。个体必须也能够从他的错误中学习，从惩罚中学习。这些个

体很有可能没有将惩罚或危险和一定的刺激物或迹象联系起来，例如铃声大作的警报。对于亚当而言，这意味着“呃……，我只需要跑快点，拿着我的东西，惩罚这房子。”换句话说，跑得更快、尽可能地偷东西、然后离开。

关于心理因素的研究发现一个有趣的概念。精神病患者看上去会固守在那些一定会失败的地方。即便告之他们会失败，他们还是会继续停留在这个地方（Newman，Patterson，& Kosson，1987）！Newman等人认为，一旦精神病患者设定了某个目标，几乎没有什么能够阻止他不再追逐这个目标。让我们用两个例子来说明这个有趣的假设。

假设你在拉斯维加斯（Las Vegas，著名的赌城），有人告诉你如果你继续往老虎机里塞硬币，却没有丝毫赢的机会。如果你是精神病患者，你将会告诉经理，你的目标是得头彩。而大多数人一听到这个消息就不会再玩。精神病患者会专注在目标上继续玩，不相信这个信息。

家庭成员，尤其是父母，可能会对ASPD的发展起作用（Patterson，1982）。在这样环境中的父母放弃对他们孩子问题的努力。父母对一个不听话的小孩会失去耐心，可能会走开或只是让步说“好吧，去做吧，看我们会不会在乎。”孩子最后学会不放弃，但是一旦争吵停止，父母的行为也会被强化。如果这和功能不良家庭相关的其他因素（例如双亲关注的缺乏）相结合，那么这些反社会行为就会持续下去，并得以加强。据报道，1999年科隆比纳中学校园枪击案中的少年凶手的父母报告说，他们没有在意，也没有意识到他们的儿子在地下室所干的事情。亚当的父亲在意自己孩子的表现，但却是以消极的方式。最后，不知道为什么，反社会行为在40岁以后似乎有所减少，原因尚不得而知。这个领域需要进行进一步的研究。

总之，像许多障碍一样，整合的模型可以最好地解释ASPD的病源学。也许个体没有恐惧，并长期处于低唤醒状态。他来自于一个功能不良的家庭和环境，他寻找某些方式以达到更高的唤醒水平，最终决定犯罪。如果我们了解到他的家

庭背景，就会发现他的父母屈服于他的要求。如果对这些个体实行惩罚，也毫无效果。由此，反社会的行为得到继续。这听上去像是某个你认识的人吗?

治疗计划

由于ASPD患者缺乏共情和领悟能力，和边缘型人格障碍一样，对ASPD的治疗非常困难（Andreasen & Black，1995）。因为这些人很少是自愿参加治疗的，所以治疗也会存在问题。更复杂的事实是，这些个体对于他们的治疗师有着极大的控制力。许多临床治疗师不能预测针对ASPD患者的成功治疗，这一点都不令人惊讶。此外，研究也表明ASPD和酒精滥用或依赖之间存在联系（Andreasen & Black，1995）。当酒精使用让治疗过程变得复杂时，治疗共病障碍就显得相当困难。幸运的是，在这件事上，我们从两种方法中得到一些帮助。

我们决定对亚当和蒂琪进行夫妻治疗。一位协助的女性治疗师也加入进来。亚当和蒂琪一起开始夫妻治疗，但是不久就转变成个别治疗。对亚当的个别治疗比夫妻治疗更有效。之所以这样，有很多原因。你猜猜看可能会是什么呢?

亚当的监外执行官南希监督亚当最初的戒酒问题。她每周见亚当两次，我们每周见她一次，因为她很关心他，担心他又喝醉重回监狱。她从亚当那里看到一些希望，对他特别感兴趣。她也告诉我们亚当如何风度翩翩、如何讨人喜欢。正如我们前面提到的，ASPD的个体经常是很有魅力的人。

在亚当和我们一起治疗的过程中，没有发现他有开始重新酗酒的迹象。我们每周都和他的监外执行官联系，我们也会向蒂琪询问有关亚当的戒酒情况。“就像我告诉你的，我再也不会喝酒。如果我有一次失足，我会让你知道的。我再也承受不起那样。”

我们决定对亚当和蒂琪使用个人中心疗法、现实疗法，以及认知—行为疗

法。亚当在治疗中很努力，但是他仍然没有对他的违法行为负责，也从来没有对他的问题进行很好的思考，但是他告诉我们，在他参与治疗这段时间里，他没有打过蒂琪。蒂琪证实了亚当的这些说法，这正是我们所期待的。

一开始，夫妻治疗疗程也很有趣，很有疗效。蒂琪告诉亚当，她从没有感到被欣赏，要求他不要再打她。亚当承认他很难控制他的脾气。蒂琪告诉他，如果情况持续这样下去或变得更糟，她会带着他们的儿子，离开亚当。亚当非常认真地看待这件事，承诺设法控制他的脾气，并解决其他问题。“我感觉亚当从没有尝试和我沟通。他回到家就吃晚饭，然后筋疲力尽地睡去。他期望我承担宝宝所有的事情，我不会的。我是从小就没有父亲，我不会让同样的事情发生在我们的宝宝身上。对我们来说，这是全新的职责。对亚当而言，他还有很多要做的事情，所以难度更大。”我们介绍他们参加医院的一个养育课程，他们两个都参加了，并告诉我们这对他们确实很有帮助。

蒂琪也承认，在参加治疗这段时间里，她发现了一些让她惊讶的事情。“以前我从不确定我是爱亚当的，现在我也真的不确定。我不知道什么是爱，因为我在家很少感受到爱。我试着为了我们的儿子去爱他。我和他待在一起，因为他让我感到有人需要我，有人在爱我。他给我买东西，对我说一些甜蜜的话，也会突然无缘无故地打我。我以前很困惑，我现在仍然很困惑。”蒂琪希望这些疗程能够帮助她更好地了解亚当，也更好地了解她自己。她告诉我们，亚当是一个相当可爱的人，但是他缺乏爱和指导。她愿意给他一个机会。

在后续许多疗程中，蒂琪都没有参加。所以最后我们把夫妻治疗转变成个别治疗，每周会见一次亚当。在这之后，蒂琪来过两次，都是和她刚出生的儿子一起来的。我们尽力帮助他们，尝试在办公室对他做治疗，但是这并不成功。蒂琪能够理解，但“不明白为什么我需要一直来。这对我来说很难。我可以单独见你，但是我不知道为什么要这样做。”

在疗程中，亚当审视了他的脾气，最后我们把他介绍到高级功能团体中。

亚当“在治疗期间，从没有喝酒的欲望。”在他剩下的疗程中，他一直和蒂琪在一起。亚当谈到“我恨我的父亲，恨他对我和妈妈所做的事情。”他也谈到他妈妈的酗酒如何影响了他，“毁了我的生活。蒂琪和我的儿子是上天赐予我的最美好的东西。”

治疗7个月后，亚当的监外执行官认为亚当不再需要继续治疗。我们对此表示异议，但是亚当告诉我们“我感觉我好多了，我的问题都解决了。我知道我曾犯的错误，我也知道我必须做些什么才可以让自己有进展。我已经为自己的行为付出了代价”。亚当没有采纳我们的建议，他中断了治疗（有时称为反对医学建议，Against Medical Advice，AMA）。有一段时间我们也和他失去联系。诊所的大部分人都很关心，因为他们过去就认识亚当。他们都认为，亚当和蒂琪要有一个美满的婚姻，还是很困难的。我们最终还是发现了亚当和蒂琪所发生的事情。一会我们将讨论他们的命运。

治疗ASPD还可以使用一些其他的治疗模式。一些治疗师认为，为了保护公众以及防止他们将来出现危害社会的行为，应该把ASPD患者关进监狱。南希和诊所反对这样做，因为我们的观点是应该给每个人恢复和治疗的机会。这样的观点可能更有意义。

没有任何特定的药物用于反社会型人格障碍的治疗，也没有指定的药物。有时，医生会开碳酸锂和得理多（卡马西平；一种镇痛抗惊厥药）之类的药物治疗ASPD患者的愤怒或狂暴，但是证实这些药物疗效的数据却很少。抗焦虑药物（安定）也会被使用，但是因为ASPD的冲动控制很差，所以服用容易成瘾的药物不是很明智。由于人们在很多方面对ASPD的理解还是很弱，因此目前不推荐药物治疗。

预后

亚当的预后被评为“审慎到很差”。做出这样的预后我们有以下的理由（一会儿我们将讨论蒂琪的情况）。首先，尽管亚当在治疗期间没有饮酒，但是不能保证他以后会一直维持。除此之外，我们考察了亚当的过去，意识到对一个如此年轻的人来说是遭受“多种变故的”。他过去的违法行为预示着将来很难变好。亚当对其行为缺乏悔恨和领悟也是让人担忧的地方。这是在治疗中无法被被传授，也无法真正被矫正的东西。弗洛伊德常说，缺乏罪恶感或悔恨感的人超我很弱小，这源自于糟糕的养育过程。

蒂琪的预后被评为“审慎到一般”。她知道她现在处于一个麻烦的关系中，她知道她的需要和健康（以及她儿子的）优先于亚当的需要。她暗示说，她受困于生活中，需要一个强有力的男人，这时亚当出现了。“我猜，亚当在操控我，让我筋疲力尽，我们现在就是这样。”蒂琪马上要结束十一年级的课程，正准备参加普通教育发展考试（General Educational Development Tests，简称为GED【注】），下一年毕业。由于教育预算削减，蒂琪所在的郡和学校取消了青少年父母特殊课程。蒂琪在一家比萨店找到一份晚上的工作，钱也不少。

在最后一次的联系中，亚当又陷入了麻烦。一天亚当上班迟到，他的老板扣除他一个小时的工资，因为亚当是那天晚上唯一一个值班的人。结果亚当又迟到了，老板让他回家，他打了老板一拳。不幸的是，有人报了警，亚当和这件事有关联，最后老板决定不再指控。亚当丢了工作，这意味着蒂琪需要供养他和儿子。亚当和蒂琪以及她母亲搬到一起生活，但是在最后一次联系中，蒂琪已经甩了亚当。亚当威胁蒂琪，她很害怕，不得不妥协下来。亚当仍然处在察看中，他的监外执行官正在找他。至于蒂琪，“我想如果他回来，我会带他回去的。我说过，我们的儿子需要父亲。我不能单独抚养他长大。亚当非常需要帮助。”诊所里的人员对这个结果并没有感到惊讶。我们感到很悲哀，但是并不惊讶。

【注】GED共考5门，包括阅读、写作、数学、社会科学及自然科学，如果通过将获得高中同等学力的文凭，相当于高中毕业证书。——编者注

复习和思考题

丽萨

1. 治疗师对丽萨的诊断有多准确？她有焦虑障碍吗？
2. 你会关注丽萨的性行为吗？她是否只是享受她的性欲呢？
3. 在上面所有事件中，丽萨的父亲在哪里出现过？
4. 丽萨没怎么提到她弟弟，这其中可能的原因是什么？
5. 基于你的知识，对边缘型人格障碍患者做治疗有多困难？
6. 丽萨患有双相I型或双相II型障碍吗？讨论并支持你的观点。
7. 丽萨又再次出现酗酒和物质滥用问题，这会使她的治疗增加多少难度呢？

亚当和蒂琪

1. 你对亚当的预后评定是什么？对蒂琪呢？证明你的观点。
2. 亚当在脾气方面“旧病复发”，你会对此感到惊讶吗？
3. 讨论蒂琪为什么要等待亚当，并和亚当待在一起的原因。
4. 亚当的养育对他目前的情形有怎样的影响？蒂琪的呢？
5. 你认为他们的儿子将会受到哪种类型的养育？
6. 你会开一种药物来帮助亚当控制愤怒吗？为什么？
7. 亚当说他对那些受害者没有悔恨之意，你相信吗？
8. “我认为所有ASPD的人都是连续作案的恶魔！”你对此有什么看法？



第十一章

运用你所学的知识：埃斯特尔和戴安的案例

当这本案例集快要结束的时候，我们想让你理解一个心理治疗师是如何思考问题、从什么地方收集所需信息、如何诊断、如何制订治疗计划，以及如何成为一个治疗师等等。本章的目的不是要你成为一个心理治疗师或是做出成熟的诊断，而是让你理解治疗师每天都在做些什么。

我们的目的是让你对埃斯特尔和戴安的评估做一个课堂练习。这个作业可以作为个人练习也可以作为小组练习。建议每个人先独自完成这两个案例，然后在小组内比较各自的评估结果，或者在整个班上讨论。你需要思考一下这两个案例可能发生了什么事，你还需要用数据支持你的假设。我们相信这些练习是对实习训练最好的帮助。

介绍

试想象：你是一个新人，这是你在心理健康诊所工作的第一周，你斗志昂扬，想在治疗中一展拳脚。你的督导认为一个治疗师必须在“锻炼中成长”

于是她让你接手两个新个案，但它们的背景资料很有限。你激动地接了这两个案例，却发现它们的资料上写着：大部分信息丢失！

督导告诉你在给个案做出诊断前，你的任务就是要从个案身上找出他们的关键信息，以及其他你所需要的信息。听起来这可是一个很大的挑战哦！接下来，让我们看看第一个个案的已有资料吧：



个案一

埃斯特尔的案例

问题呈现

埃斯特尔是一名19岁的西班牙裔女孩。她从小在波多黎各长大，14岁定居美国。她一家都是虔诚的天主教徒，按时去教堂做礼拜，并且庆祝每个节日。她身高165cm，体重67公斤。她对自己的外形很满意。埃斯特尔第一次来访时上身穿长袖T恤衫，下身一条休闲裤，脚上是一双高跟鞋。无论什么天气，她都穿成这样。埃斯特尔很少笑，总是一幅要哭的样子，但是在整个治疗过程中她从来没哭过。她的眼影和口红涂得比较恰当，还拎着一个小巧的钱包。第一次来的时候她还戴了耳机和一部CD机。她略微有一点口音，在我们最初几次疗程中，她以一种防御性的姿势坐在那里。埃斯特尔是一所社区大学的新生，她还不确定自己想学什么专业，以后做什么工作。她目前在一家发廊工作。

埃斯特尔讲述了自己来诊所的原因。“在发廊工作真是太糟糕了。由于给一名熟客染色没有染好，我被老板骂了。也不知道为什么我兑不好色，染出来的总是太红。老板冲着我大声嚷嚷，然后就打发我回家了。当然，我爸爸有时回家很早，他看到我在家待着就对我大吼大叫，问我是不是被炒鱿鱼了。我顶了几句嘴，结果被关进自己的屋子，不给吃晚饭。我妈妈像平常一样站在爸爸一边，然后进一步限制我周末不许出去。你相信一个19岁的人所经历的这些事吗？总之，我再也不想那样过了！我就自己在屋子里，想了很多事情。我受够了被虐待，我受够了找不到合适的男朋友，我受够了我的生活！我是有毛病，我厌倦了有毛病的生活，我受够了所有这些东西，你们知道他们是怎么说我的吗？”

后来，埃斯特尔决定采取一些行动。她曾经在胳膊上和腿上割伤自己，但是并没有想过更严重地伤害自己或自杀。这次，她想要做更惊人的事情。“我想做点什么，但是我不确定是否想杀了我自己。我认为如果我确实把自己伤得很重，我的痛苦就会消除，并且，父母亲也会为他们对待我的态度向我道歉。所以，我跑到厨房，找出一些清洁剂。我把它吞下去，仿佛不关任何人的事。我很难受，然后迅速拨打了911，因为我意识到这好像很严重。医护人员和救护车很快赶来，并把我送到医院洗胃。”医护人员告诉埃斯特尔不要自己催吐。如果呕吐出的清洁剂再次回到胃里，可能会引起更严重的伤害。

她父母赶到医院，充满了担心和懊悔。埃斯特尔告诉我们她第一次看到父亲哭。“他们第一次没有狠狠地骂我。我爸爸迫切想知道发生了什么事，他们能做些什么。”她在医院住了很长时间，进行了全面的检查，并安排参与了个别和团体治疗。“我告诉老板我生病了，需要很长时间休养，他们非常理解我。我搞糟一个顾客头发颜色的事情没有提。那真的很疯狂。突然，每个人都对我特别好，他们为我感到很伤心。”

埃斯特尔出院后回家并开始工作。她是由医院的社工转介到我们诊所的，这个社工还给我们提供了埃斯特尔的出院记录和一些病情摘要。埃斯特尔主动和我们联系，我们约了治疗的时间，开始我们的第一次疗程。

背景信息

埃斯特尔有两个姐姐，一个24岁，一个21岁，还有一个27岁的哥哥。埃斯特尔是家中“最小的；他们对我就像对待婴儿一样。每个人都要照顾我。”她母亲最近回到一家大公司，做秘书工作；她爸爸过去5年一直在一家大型公寓楼做主管。埃斯特尔现在仍然住在家里；她的哥哥姐姐都搬出去住了。“但是你们要知道他们住得离我家非常近，不到20分钟的路程。我们相信家人应该关系亲密，但有时太亲密了。”

埃斯特尔小时候很平常，发展状况良好。她16岁时有了第一次性体验，那个男人比她大10岁。“我做错了，我现在认识到了这一点。和你爱的人发生性关系，这没什么，即使你们不会结婚。但是他根本就不爱我，他只是想骗我上床。我感觉自己像一个傻子。”

在学校，埃斯特尔的成绩在C+和B-之间。她毕业的平均成绩是C+“因为我说英语的时候总是想着西班牙语，所以我总搞混。我的写作不太好。我们在家也不说英语。但那不应该成为借口。我不是最好的学生。我对学习不是很上心。”她自己无法决定是否要上大学，是家人说服她去上的。她的哥哥姐姐们要么上班要么在家看孩子，但是没人拿到大学文凭。埃斯特尔“将是第一个；我现在还没有准备好离开家做全职工作。”

埃斯特尔最后在一家发廊找到了一份工作。“我负责美甲和美发。我去美容学校学习，并成为了专业美容师，他们才让我剪发染发。那真的很有趣，在那儿我也交了一些朋友。比如哈里……”

哈里是当地一家模特公司的经纪人，他对埃斯特尔说她有做专业模特的潜质。她签了一份合同，为当地的报纸和广告杂志做模特。哈里保证说她可以做得更大更好。无论这是不是真的，埃斯特尔后来对自己感觉良好，并且相信可以轻松拿到大学文凭。

“我从来没有喜欢过自己。我父亲总是说我一无是处，什么都做不好，说我年纪轻轻就会怀孕，因为我从不好好学习。不，他从没真正打过我。他只是偶尔打我，但事后都会向我道歉。他总是不停地贬低我，言语虐待，这才是真正伤害我的地方。无论我做什么都得不到他的认可。连续几个月听这种话，我就会崩溃。”

因此，在埃斯特尔14岁的时候，有一天晚上，她割伤自己的手腕和胳膊，一个人在卫生间里等爸爸妈妈回来。他们一回家“哇！他们大吃一惊！我觉得

让我爸爸对他做的一切付出了代价。看看你的小女儿，她的胳膊被割得一道一道的，你感觉如何？”她父母发现后立即报了警，警察把她送到当地医院的急诊室。医生包扎了她的伤口（所有的伤口都是表层的，虽然会留下疤痕，但不会造成永久性伤害），又观察了她72个小时。出院时，医院认为她对自己已经不再构成危险。

“很奇怪，他们并没有对我做很多事，他们只是问了我一大堆问题，并且告诉我需要在医院里待一段时间。他们唯一做的事情就是不停地问我你真的想结束自己的生命吗？我很生气地告诉他们，不！我只是想让父母意识到，如果我真的死了，他们会多么地想念我。但是，你应该能猜出接下来发生了什么事情。”亲爱的读者，你能猜出来吗？

当埃斯特尔出院回家后，她担心家人会非常生气。哥哥姐姐都回来了，全都大声地责骂她，骂她是白痴，骂她家里为她付出这么多，她却这样报答父母。“我爸爸最过分，晚饭前他又把我关在房间里；这深深伤害了我。他还打了我……只有一次……打了我一耳光，把我眼睛都打青了。他简直气疯了。他对我说他有多担心；我那微不足道的小把戏花了他多少钱。对于我来说，自此之后事情变得更糟糕了。”

埃斯特尔开始躲避所有的人，时不时就会割伤自己，但她从来没有想过要自杀。“我想伤害我自己，也没有什么原因。好像我根本停不下来。”她让我们看她的腿。“你们看，我不想弄伤胳膊，因为那样太容易被别人看到。如果割伤腿，夏天还可以穿长裤掩盖住。伤口不太深，但是火辣辣的疼。”埃斯特尔的成绩开始下滑。她尝试饮酒，吸食可卡因。情绪变得很不稳定。“我会突然情绪爆发，无论是谁在旁边，他们说了些什么。”埃斯特尔快到16岁时，有一个交往了8个月的男朋友，她父母非常生气，禁止那个男孩来她家。在和这个男孩发生性关系后，埃斯特尔甩了他，“疯狂地迷上了男人。我有很多短暂的关系，但都激情热烈。我们第一次约会就会发生关系，然后，尽可能地多见

面。但一个月过后我就会甩了他换另一个。模式都是一样的，没有哪个男人我和他在一起的时间会超过2个月。无论我对他们感觉如何，我们都会发生关系。所有的过程好像总是发生性关系、恋爱、厌倦，然后很快甩掉他们。这经常给我带来很多麻烦。”

因为埃斯特尔成绩太差，她的父母被叫到学校，辅导员责怪他们说是家庭问题，埃斯特尔成天疯狂地和男生在一起。他们还讨论了药物滥用的问题。于是，埃斯特尔的父母严格限制她的行为，禁止她与很多男孩接触，警告她除非成绩上升，否则周末只能待在家里。“虽然后来我成绩上去了，但是我恨我的爸爸妈妈，他们是想毁了我。”

埃斯特尔高中毕业后立刻进了美容学校，但是她并不想上学。她仍然住在家里，仍然受到她父亲的言语虐待。她还尽可能的接触男人，但是这些恋情的短暂宿命还是没有改变。最后，终于有一天，她再也忍受不了了，以至于吞服了清洁剂，才不得不来找我们。

评估与诊断

我们通过无结构诊断访谈和贝克抑郁量表（BDI-II）对埃斯特尔进行了评估。你可能觉得有用的进一步信息已经出现在我们的初始疗程中。

埃斯特尔没有报告有精神疾病家族史，也没有药物和酒精滥用的家族史。她强调说自己没有毒瘾，她只是“尝试”过可卡因和酒，但是从来都没有出过事。医院的毒品检查结果成阴性，表明她并没有撒谎。我们对医院病历记录的调查证实她目前的家庭中没有精神疾病患者。但在第9次疗程中，埃斯特尔说她母亲的曾祖母曾住院治疗过，“我想是因为抑郁，但是我不确定。西班牙人是不许谈这些事情的。这是家庭秘密，但是我想确实有一些这类问题。”

埃斯特尔告诉我们，她小时候，只在做错事才能引起父母的注意。她的学

校作业从来没有在家展示过，她确信家人偏爱哥哥。哥哥是长子，她父亲最喜欢他，并且总夸他是个男孩，说如果有一天爸爸去世了，他就可以来“领导”整个家庭。在很多文化和社会中，男女是不平等的。女性没有得到足够的重视，人们觉得她们在事业上没有什么前途。

埃斯特尔的BDI-II得分为15，这表明她患有轻度到中度抑郁。然而，她日常生活中并未表现出任何抑郁症状，当她第一次来就诊时几乎是跳着进门的。她好动，也非常健谈。

思考题

1. 说说你主要依据哪些事情对埃斯特尔进行诊断。
2. 埃斯特尔曾试图自杀，这是否算是抑郁的一个表现？举例支持你的观点。
3. 埃斯特尔被父亲言语虐待的经历与她现在的症状有何关系？
4. 讨论是什么使埃斯特尔卷入如此多的自我毁灭性的男女关系中？
5. 为了对埃斯特尔进一步作精确诊断，你还需要哪些信息？



个案二
戴安的案例

问题呈现

戴安是一名22岁的白人女性，英语系大三学生。她身高163cm，体重57公斤。她很苗条，并报告说以前没有体重方面的问题，“我的新陈代谢很快，我可以吃我想吃的任何东西。在美国中西部地区这就是一个优势，因为那里的人们都是‘大块头’……我猜这样有利于我们度过寒冷的冬天！”戴安完成学业比一般人花的时间多一些。这是因为她的“问题”让她有一段时间不得不减少上课的次数，“症状控制住”后才恢复正常学习。戴安和我们的目光接触良好，但是她经常用一种怀疑的眼光看着我们。有时，我们给她解释其行为的可能原因时，她显得非常害怕。她情感淡漠，还抠指甲。当我们问到个人问题时，抠指甲的行为增多。她穿着高领毛衣、牛仔裤和运动鞋，没有佩戴任何首饰。我们花了一些时间才让戴安主动提供一些信息。

戴安的问题是在她离家去上大学的时候才出现的。当时她17岁。“我之前从来没有离开家。当然我有过露营两周的经历，但那离我家很近。因此那不是什么问题。我不知道是怎么回事，但是在大一那一年里，我确实发生了一些事情。我仍然无法解释它们。”“那些事情”到底是什么呢？

戴安发现，只要她和别人一起乘车（她通常是走路的）她就会“很恶心。这意味着不一定什么时候我就会很恶心，有时会呕吐，但并不总是这样。最

初，这种状况很少出现，后来出现的比较有规律。这真糟糕。我检查了那些我吃过的东西，但似乎和我的恶心没有什么关系。我什么也不吃的时候，也会出现这样的情况。当这种状况持续了一段时间后——大约4个月，我觉得自己有些问题，于是我去校医院看医生。”

医生给戴安进行了全面的检查，并没有发现她的身体有什么问题。“这让我迷惑不解，因为我一直以为是身体上哪里出了问题。要不然我为什么经常感到恶心呢？我想他们肯定是一群庸医，于是我去了另一家医院。这家医院的医生进行了更详细的检查，连荷尔蒙都查了……但他们也没查出我身体有什么问题！哦，见鬼。后来我和医生好好地谈了一下，他们建议我去看一下精神科医生之类的人。所以我来这了！现在该你们了。我是疯了还是怎么着了？告诉我答案吧！”

背景信息

戴安有三个哥哥和一个姐姐，大哥比她大17岁。“我父母年纪很大了才生的我；本来他们不打算再要孩子的，我出生后他们也就接受了这个事实。我和哥哥姐姐关系都很好，只是爱和布鲁克姐姐对着干。我也不确定这是否算是竞争或什么的，我们说话时不会看彼此的眼睛。我们很爱对方，但是……我在家里总是被当成小孩儿看待。他们总是纠正我的想法。他们不相信我对事、对人或是其他什么东西的判断力。我总是错的，我总犯错误。坦白说，我受够了。毫无疑问，我必须离开他们。

“我总是作为一个小孩子被保护起来。我们全家从来没有离开过我们那个州，这算是我第一次离家。我想我父母应该非常惊讶，因为有我之前他们本来不想再要孩子了，他们真是大骗子。即使他们总是对我说是需要我的，爱我的，我才不相信他们。我妈妈年龄很大才有的我，但是她当时没有任何妊娠反应。”

戴安是摩门教[注1]教徒，因此很多人都奇怪她选择了一所公立大学。“我家想让我上杨伯翰大学（Brigham Young University，摩门教教会学校），我让他们死了这条心。我猜我就是你们所谓的宗教叛逆者。从某种意义来说，我是一个‘革新派’摩门教徒。我不喝酒不吸烟，但是我喝带有咖啡因的东西，如果我愿意我会与很多男人纠缠在一起[注2]。”这让戴安和她的家人关系非常紧张，但是她并不想多谈这方面的问题。戴安的父亲是位警察（现已经退休），母亲是位家庭主妇。“她在朝鲜战争的时候当过护士。战后，她和父亲结婚并决定待在家里带孩子。在我们镇上这是很正常的[注3]。我妈妈很多年前就不做家务了，她很愿意当祖母和曾祖母。”

戴安的童年很平常，发展状况良好。她在高中的成绩很好（一般是B），而她目前在大学的平均成绩是B+。“我可以表现得更好，但是，这些问题……又让我表现更差了。”戴安说她没有听说家族中有人有精神或身体疾病史，也没人酒精或药物滥用史。“在我家？我告诉你们，我家都没人用咖啡因！我家更不会出酒鬼或吸毒的人……不可能。”很明显，像摩门教这种几世同堂的大家庭是非常适合做某些精神疾病和身体疾病研究的群体。对此你有什么看法？

评估与诊断

我们通过无结构诊断访谈、进食障碍量表（EDI-II）和BDI-II对戴安进行了

【注1】摩门教（Mormonism）是非官方称呼，正式说法为耶稣基督后期圣徒教会（Church of Jesus Christ of Latter Day Saints），由1830年约瑟夫·史密斯在纽约的费耶特所建立。该宗教组织以耶稣基督是神之独子为信仰。——编者注

【注2】摩门教徒认为身体和智慧是上帝的赐予，因此不得加以损害，所以酒与咖啡受到严厉禁止，连带有咖啡因的可口可乐等软饮料都不许沾口；只允许教徒间通婚，而且婚前不能发生性行为。——编者注

【注3】摩门教会鼓励教徒们早婚早育，妻子在家只能充当“贤内助”，应该严格服从丈夫的领导，出门工作的已婚妇女往往被视为有失天职。——编者注

评估。在接下来我们询问戴安的过程中又出现许多有趣的信息。

戴安说她去校医院看医生，以检查自己身体是不是有什么问题。但事实是她并不是第一次看医生，或者说，这不是她看的第一个医生。“因为这些可恶的问题我当然看了很多医生。每一次他们都没有发现我的身体有什么不对劲，然后把我送到一个心理学家那里。我知道他们有问题，或是检查有问题，或是器械有问题。我想他们一定认为一个22岁的女人身体应该非常棒。去年我还看过一次学校社工。她告诉我说是因为我患有某种障碍，使得我总是感到恶心。简直就是胡说八道。怎么可能你脑子有什么东西会让你在最怪异的时候呕吐？这是我最后一次见她，也是最后一次见像她那样以缩小脑袋谋生的人。我很清楚自己得了某种疾病。但我绝对没疯。”

当我们继续提问和讨论问题的时候，更多的信息浮出水面。“我好像也非常害怕拥挤的空间和过桥。每次当我驾车或者要过桥的时候，我就会吓得迈不开腿，停在那里。我就是不能穿过它们。经过桥的时候会晃动、然后掉进水里，我不能应对这些。我讨厌被困在汽车里。我讨厌置身于紧张时刻，尤其是和男人在一起的时候。在我最后的几次约会中，一旦我和那个男人有亲密的身体接触或进入他的地盘，我就会呕吐。这倒没有什么损失，因为他们那些笨蛋在我需要安慰的时候都不知道安慰我。”

我们问戴安是否有食物过敏。“没有，据我所知是没有的。我做过检查，结果表明我对任何食物都不过敏。如果你认为是食物方面的原因，我告诉你，没什么食物让我过敏。我不对任何东西过敏。即使寿司、鸡蛋和生鱼片我也不过敏。当然，我有几次食物中毒的经历，但那另当别论。”我们建议戴安请专家给她再做一次检查，来验证一下以前的结论。但我们认为食物过敏并不是症结所在。

当类似的事情发生时，戴安更容易恶心。“我现在都能知道自己什么时候会恶心。我胃里会充满气体，好像体内打了结儿一样。当我和一个新的男生交

往或我和一个非常喜欢但没有确定关系的男生在一起的时候，也会发生这种情况。我通常会找离出口比较近的地方。我讨厌在朋友面前恶心，呕吐，这让我丢尽了面子。我仍然和别人约会吃饭，不过现在我能够在感觉自己快要呕吐的时候，就很快地跑到卫生间或到外面去。这会让那个晚上变得很扫兴。”到现在为止，你是否对戴安的情况有了一定的想法？

我们研究了一下戴安患进食障碍的可能性。“我对我的体形和体重非常满意。我没有出现‘新生15磅【注】’现象，我也从来没有什么体重问题。我从来没有为了减肥饿着自己或吃过东西后催吐的行为。真是的，我想都没想就生病了，真讨厌！我干嘛要故意生病？我怎么就看不出来我要故意生病？那样想简直愚蠢到家。我像一个正常的22岁女性一样吃饭，除了我伤心或是想吃甜食的时候，我会狂吃好多甜食。没有比这更不正常的了。”戴安对她的体形满意，而且她在EDI-II上的得分没有进食障碍的迹象。

黛安在BDI-II上的得分为11分，表明她有轻度抑郁。我们就此进行了讨论。“是的，我很抑郁。像我这样成天不停看医生，却得出那样的结果，换成谁，谁也高兴不起来啊！这些呕吐发作让我很伤心。因为害怕呕吐，我身边没有性感的男人，我不能真正的和朋友在一起，我甚至不能独自待在我漂亮的车里。我尝试深呼吸训练，但是根本不起作用。此外，我的牙医告诉我说我有贪食的症状，而且由于呕吐我的牙釉被腐化。你能相信这些吗？对，我抑郁，而且愤怒。那是一回事吗？”

我们最后调查了戴安过去的治疗史。“我刚才也说过了，我只看过一次社工，也是我最后一次看心理健康工作者。很多人向我建议应该看心理医生，我看了，但却看不出为什么要这样做。我的问题是身体上的问题，我希望你们把我送回原来的医生那儿，最好再给我找个更好的医生。”

【注】英文为freshman 15，说的是很多大一的学生都会突然增肥，加重15磅（约7公斤），这个现象就叫Freshman 15。——编者注

思考题

1. 说说你主要依据哪些事情对戴安进行诊断。
2. 戴安是家里最小的孩子，并且一直被家人所保护（从某种程度上说，现在仍然这样），这对她有何影响？
3. 戴安第一次离家与她在特定场合呕吐有何联系？
4. 当戴安是乘客时，她在车内会很恶心。这也许是焦虑障碍的症状，尤其是某种类型的恐怖症。为什么这么说？
5. 戴安坚信自己得的是身体疾病，对此进行讨论。
6. 对戴安进一步作精确诊断，你还需要哪些信息？

复习和思考题

埃斯特尔

1. 埃斯特尔为什么伤害自己？她是为了得到注意吗？还是有其他原因？
2. 如果你发现你的患者吞食洗涤剂，你会做些什么？
3. 你已经知道家庭背景与一个人得精神疾病的关系。你认为精神疾病家族史与个人史之间有什么样的关系（如果有的话）？
4. 你如何看待埃斯特尔与比她年长的重要男性的关系？
5. 在对埃斯特尔的病源学调查和诊断中，她的种族对她有什么影响作用？

戴安

1. 心理问题引起生理疾病或生理反应的可能性有多大？
2. 戴安的宗教背景对她的问题有多大影响？治疗师是否应该考虑这一点？为什么？
3. 戴安不敢过桥的原因可能是什么？
4. 戴安好像有点喜欢讽刺人。可能是什么原因让她这样？



参考文献

Abikoff, H., & Klein, R. G. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: Comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 881-892.

Abraham, S. (1996). Characteristics of eating disorders among young ballet dancers. *Psychopathology, 29*, 223-229.

American Psychiatric Association (2000). *American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders.* Washington, DC.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.-text revision).* Washington, DC.

Andreasen, N. C., & Black, D. W. (1995). *Introductory textbook of psychiatry (2nd ed.)* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Angier, N. (1991, August 4). Kids who can't sit still. *The New York Times,* Section 4A, pp. 30-33.

Bach, A. K., Wincze, J. P., & Barlow, D. H. (2001). Sexual dysfunction. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (3rd ed.).* New York: Guilford Press.

Barbach, L. G. (2000). *For yourself: The fulfillment of female sexuality.* New York: Penguin Putnam.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.)* New York: Guilford Press.

Barlow, D. H., German, J. M., Shear, K. M., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, impiramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 283*, 2529-2536.

Bassett, A. S., Chow, E. W., Water-worth, D. M., & Brzustowicz, L. (2001). Genetic insights into schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry, 46*, 131-137.

Bateson, G. (1959). *Cultural problems posed by a study of schizophrenic process.* In A. Auerback (Ed.), *Schizophrenia: An integrated approach.* New York: Ronald Press.

Begley, S. (1998, January 26). Is everyone crazy? *Newsweek*, pp. 48-56.

Bezchlibnyk-Butler, K. Z., & Jeffries, J. J. (2002). *Clinical handbook of psychotropic drugs*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber.

Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108, 4-32.

Bruch, H. (2001). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Butler, A. C, & Beck, A. T. (1995). Cognitive therapy for depression. *The Clinical Psychologist, 48*, 3-5.

Castles, A., Datta, H., Gayan, J., & Olson, R. (1999). Varieties of developmental reading disorder: Genetic and environmental influences. *Journal of Experimental Child Psychology, 72*, 73-94.

Centers for Disease Control and Prevention (1995). Sociodemographic and behavioral characteristics associated with alcohol consumption during pregnancy-United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 44*, 261-264.

Clark, D. M. (1996). Panic disorder: From theory to therapy. In P. Salkovskis (Ed.) *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 318-344). New York: Guilford Press.

Clekley, H. M. (1982). *The mask of sanity (6th ed.)*. St. Louis: Mosby.

Comings, D. E. (2000). The role of genetics in ADHD and conduct disorder Relevance to the treatment of recidivist antisocial behavior. In D. H. Fishbein (Ed.), *The science, treatment, and prevention of antisocial behaviors: Application to the criminal justice system* (pp. 16-1~16-25). Kingston, NJ: Civic Research Institute.

Coyne, J, C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry, 39*, 14-27.

Craddock, N., & Jones, I. (1999). Genetics of bipolar disorder. *Journal of Medical Genetics, 36*, 585-594.

Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Ilardi, S. S. (1998). Psychosocial treatments for major depressive disorder. In P. E. Nathan and J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 226-239). New York: Oxford University Press.

Cuadros, P., Land, G., Scully, S., & Song, S. (2003, July 28). The new science of dyslexia. *Time, 162*, 52-59.

Daley, D. C., & Marlatt, G. A. (1992). Relapse prevention: Cognitive and behavioral interventions. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, & R.B. Millman (Eds.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook (2nd ed.)* (pp.533-542). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

DiLalla, D. L., & Gottesman, 1.1. (1991). Biological and genetic contributions to violence-Wisdom's untold tale. *Psychological Bulletin, 109*, 125-129.

DiLalla, D. L., Carey, G., Gottesman, 1.1., & Bouchard, T. J. (1996). Heritability of MMPI personality indicators of psychopathology in twins reared apart. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 491-499.

Dodge, K. A. (1993). The future of research on the treatment of conduct disorder. *Development and Psychopathology, 5*, 311-319.

Dougherty, D. M., Bjork, J. M., Marsh, D. M., & Moeller, F. G. (2000). A comparison between adults with conduct disorder and normal controls on a continuous Performance Test: Differences in impulsive response characteristics. *Psychological Record, 50*, 203-219.

Dugger, C. W. (1995, January 23). Slipping through the cracks and out the door. *The New York Times*, Section B, pp. 1-2.

Eisler, I., Dare, C., Russell, G. F. M., Szmukler, G., Ie Grange, D., & Dodge, E. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa: A five-year follow-up. *Archives of General Psychiatry, 54*,1025-1030.

Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 160-192). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Welch, S. I., Doll, S. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry, 54*, 509-517.

Foy, D. W., Resnick, H.S., Sipprelle, R.C., & Carroll, E.M. (1987). Premilitary, military, and postmilitary factors in the development of combat related post-traumatic stress disorder. *The Behavior Therapist, 10*, 3-9.

Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry, 11*, 263-273.

Fuller, M. A., & Sajatovic, M. (2000). *Drug information handbook for psychiatry (2nd ed.)*. Cleveland, OH: American Pharmaceutical Association.

Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Rockert, W., & Olmsted, M. P. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomat-ics, 48*, 170-175.

Getzfeld, A. R. (1992). Characteristics of female bulimics and the effectiveness of desipramine treatment. *Dissertation Abstracts International*, (UMI No. 9331697).

Getzfeld, A. R. (1999, April). *Bulimia nervosa, anorexia nervosa, and alcohol abuse: Differential diagnoses using the DSM-IV, a case study, and some potential treatment methods.* Poster session presented at the meeting of the National Association of School Psychologists, Las Vegas, NV.

Goldstein, D. J. (Ed.) (1999). *The management of eating disorders and obesity.* Totowa, NJ: Humana Press.

Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness.* New York: W. H. Freeman.

Greist, J. H. (1990). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Psychothera-pies, drugs, and other somatic treatments. *Journal of Clinical Psychiatry, 51*, 44-50.

Hall, T. E., Hughes, C. A., & Filbert, M. (2000). Computer-assisted instruction in

reading for students with learning disabilities: A research synthesis. *Education and Treatment of Children, 23*, 173-193.

Hammen, C. (1997). *Depression.* East Sussex, UK: Psychology Press Ltd.

Hare, R. D. (1991). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist.* Toronto: Multi-Health Systems.

Heiman, J. R. (2000). Orgasmic disorders in women. In S. R. Leiblum & R. C. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (3rd ed., pp. 118-153). New York: Guilford Press.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystematic treatment of antisocial behavior in children and adolescents.* New York: Guilford.

Hill, J. C., & Schooner, E. P. (1996). Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry, 153*,1143-1146.

Hoffman, S. & Barlow, D. H. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.).* New York: Guilford Press.

Hooley, J. M., & Hiller, J. B. (2001). Family relationships and major mental disorder: Risk factors and preventive strategies. In S. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships (2nd ed.)*, (pp. 621-648). Chichester, UK: Wiley.

Hsu, L. K. G. (1990). *Eating disorders.* New York: Guilford Press.

Hudson,]., Pope, H., Jonas, J. M., & Yurgelun-Todd, D. (1983). Family history study of anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry, 142*, 133-138.

Hunicutt, C. P., & Newman, I. A. (1983). Adolescent dieting practices and nutrition knowledge. *Health Values: The Journal of Health Behavior, Education, and Promotion, 17*, 35-40.

Huttunen, M. 0., & Niskanen, P. (1978). Prenatal loss of father and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry, 35*, 429-431.

Johnson, S. L., Winnet, C. A., Meyer, B., Greenhouse, W. J., & Miller, I. (1999). Social support and the course of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 558-566.

Kallman, F. J. (1938). *The genetics of schizophrenia.* New York: Augustin.

Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunction.* New York: Brunner/Mazel.

Karel, M. J. (1997). Aging and depression: Vulnerability and stress across adulthood. *Clinical Psychology Review, 17*, 847-879.

Katz, R., & McGuffin, P. (1993). The genetics of affective disorders. In L. J. Chapman, J. P. Chapman, & D. Fowles (Eds.), *Progress in experimental personality and psychopathology research.* New York: Springer.

Kazdin, A. E. (1996). Problem solving and parent management training in treating

aggressive and antisocial behavior. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 377-408). Washington, DC: American Psychological Association.

Kazdin, A. E., & Wassell, G. (1999). Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychology, 28*, 160-172.

Kendler, K. S., McGuire, M., Gruenberg, A. M., O'Hare, A., Spellman, M., & Walsh, D. (1993). The Roscommon family study: Methods, diagnosis of probands, and risk of schizophrenia in relatives. *Archives of General Psychiatry, 50*, 527-540.

Kendler, K. S., & Prescott, C. A. (1999). A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Archives of General Psychiatry, 56*, 39-44.

Key facts about Down syndrome, (n.d.). Retrieved September 10, 2002, from http://www.down-syndrome.info/topics/keyfacts/key-facts-EN-GB.htm.

Klein, D. F. (1994). Klein's suffocation theory of panic. Reply, *Archives of General Psychiatry, 51*, 506.

Krehbiel, K. (2000). Diagnosis and treatment of bipolar disorder. *Monitor on Psychology, 31 (9)*, 22.

Lambert, N. M., Hartsough, C. S., Sassone, D., & Sandoval, J. (1987). Persistence of hyperactivity symptoms from childhood to adolescence and associated outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 22-32.

Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, DC: Winston-Wiley.

Lewis, G., Croft-Jeffreys, C., & Anthony, D. (1990). Are British psychiatrists racist? *British Journal of Psychiatry, 157*, 410-415.

Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive-behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1771-1776.

LoPiccolo, J., & Stock, W. E. (1987). Sexual function, dysfunction and counseling in gynecological practice. In Z. Rosenwaks, F. Benjamin, & M. L. Stone (Eds.), *Gynecology*. New York: Macmillan.

Lykken, D. T. (1982). Fearfulness: Its carefree charms and deadly risks. *Psychology Today, 16*, 20-28.

McGue, M. (1999). The behavioral genetics of alcoholism. *Current Directions in Psychological Science, 8*,109-115.

McKim, W. A. (2003). *Drugs and behavior: An introduction to behavioral pharmacology (5th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

McLellan, A. T., Arndt, I. O., Metzger, D. S., Woody G. E., & O'Brien, C.P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association, 269*,1953-1959.

McMahon, R. J., & Estes, A. M. (1997). Conduct problems. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (pp. 39-134). New York: Guilford.
McMahon, R. J., & Wells, K. C. (1998). In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders. (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
Malkoff- Schwartz, S. F., Frank, E., Anderson, B., Sherrill, J. T., Siegel, L., Patterson, D., & Kupfer, D. J. (1998). Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: A preliminary investigation. *Archives of General Psychiatry, 55*,702-707.
Marlatt, G. A., Larimer, M. E., Baer, J. S., & Quigley L. A. (1993). Harm reduction for alcohol problems: Moving beyond the controlled drinking controversy. *Behavior Therapy, 24*, 461-504.
Marshall, W. L. (1997). Pedophilia: Psychopathology and theory. In D. R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance: Theory, assessment and treatment* (pp. 152-174). New York: Guilford Press.
Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
Maxmen, J. S., & Ward, N. G. (1995). *Psychotropic drugs: Fast facts (2nd ed.)*. New York: W.W. Norton & Company.
Milich, R., Wolraich, M. C, & Lindgren, S. (1986). Sugar and hyperactivity: A critical review of empirical findings. *Clinical Psychology Review, 6*, 493-513.
Miller, W. R., & McCrady, B. S. (1993). The importance of research on Alcoholics Anonymous. In B. S. McCrady & W. R. Miller (Eds.), *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives*, (pp. 3-11). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
Miller, S. L., & Tallal, R (1995). A behavioral neuroscience approach to developmental language disorders: Evidence for a rapid temporal processing deficit. In D. Cichetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 274-298). New York: Wiley.
Moncher, M. S., Holden, G. W., & Trimble, J. E. (1990). Substance abuse among Native-American youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 408-415.
Morrison, J. (1995). *DSM-IV made easy: The clinician's guide to diagnosis*. New York: Guilford.
National Institute of Mental Health (1999). *Anxiety disorders research at the National Institute of Mental Health* (NIH Publication No. 99-4504). Washington, DC: US Government Printing Office.
Newman, J. P., Patterson, C. M., & Kosson, D. S. (1987). Response perseveration in psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology, 96*,145-148.
Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
Patton. G.C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J.B., & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal, 318*, 765-768.

Paykel, E. S. (1982). Life events and early environments. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of Affective Disorders*. New York: Guilford.

Pelham, W. E., Jr. (1993). Pharmacotherapy for children with attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review, 22*, 199-227.

Perry, S. (1993). Psychiatric treatment of adults with human immunodeficiency virus infection. In D. L. Dunner (Ed.), *Current psychiatric therapy* (pp. 475-482). Philadelphia: W. B. Saunders.

Purvis, K. L., & Tannock, R. (2000). Phonological processing, not inhibitory control, differentiates ADHD and reading disability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 485-494.

Quay, H. C. (1965). Psychopathic personality as pathological stimulation seeking. *American Journal of Psychiatry, 122*,180-183.

Rosenthal, D., Wender, P. H., Kety, S. S., Schulsinger, R, Welner, J., & Reider, R. (1975). Parent-child relationships and psychopathological disorder in the child. *Archives of General Psychiatry, 32*, 466-476.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death.* San Francisco: Freeman.

Shaywitz, S. E. (1998). Dyslexia. *New England Journal of Medicine, 338*, 307-312.

Simonoff, E., Bolton, P., & Rutter, M. (1996). Mental retardation: Genetic findings, clinical implications, and research agenda. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*, 259-280.

Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1973). Alcoholics treated by individualized behavior therapy: One year treatment outcome. *Behavior Research and Therapy, 11*, 599-618.

Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment.* New York: Guilford Press.

State, M., King, B. H., & Dykens, E. (1997). Mental retardation: A review of the past 10 years: II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1664-1671.

Steiner, H., & Lock, J. (1998). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: A review of the past ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 352-359.

Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review, 14*, 633-661.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry, 157*, 393-401.

Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*, 65-99.

Thase, M. (1998). The relationship between Down syndrome and Alzheimer's disease. In L. Nadel (Ed.), *The psychobiology of Down syndrome*. Cambridge, MA: MIT Press.

Toupin, J., Dery, M., Pauze, R., Mercier, H., & Fortin, L. (2000). Cognitive and familial contributions to conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 333-344.

Vasterling, J. J., Brailey, K., Constans, J.I., & Sotker, F.B. (1998). Attention and memory dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Bulletin, 12*, 125-133.

Vincent, J. B., Masellis, M., Lawrence, J., Choi, V., Gurling, H. M. D., Sagar V. P., & Kennedy, J. L. (1999). Genetic association analysis of serotonin system genes in bipolar affective disorder. *American Journal of Psychiatry, 156*, 136-138.

Vogler, G. P., DeFries, J. C., & Decker, S. N. (1985). Family history as an indicator of risk for reading disability. *Journal of Learning Disabilities, 18*, 419-421.

Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M., & Lee, H. (2000). College binge drinking in the 1990's: A continuing problem. *Journal of the American College Health, 48*, 199-210.

Weissman, M.M., Bruce, M.L., Leaf, P.J., Florio, L.P., & Holzer, C. (1990). Affective disorders. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study* (pp. 53-80). New York: Free Press.

Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2000). *Behavior disorders of children*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Wiegel, M., Wincze, J. P., & Barlow, D. H. (2001). Assessment, treatment planning, and outcome evaluation for sexual dysfunction. In M. M. Anthony & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment, treatment planning, and outcome evaluation: Empirically supported strategies for psychological disorders*. New York: Guilford Press.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. E., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1733-1739.

Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. R, Levin, A., Yong, L., & Frankenberg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1101-1106.

Zilbergeld, B. (1999). *New male sexuality*. New York: Random House.

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability-New view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 86*, 103-126.